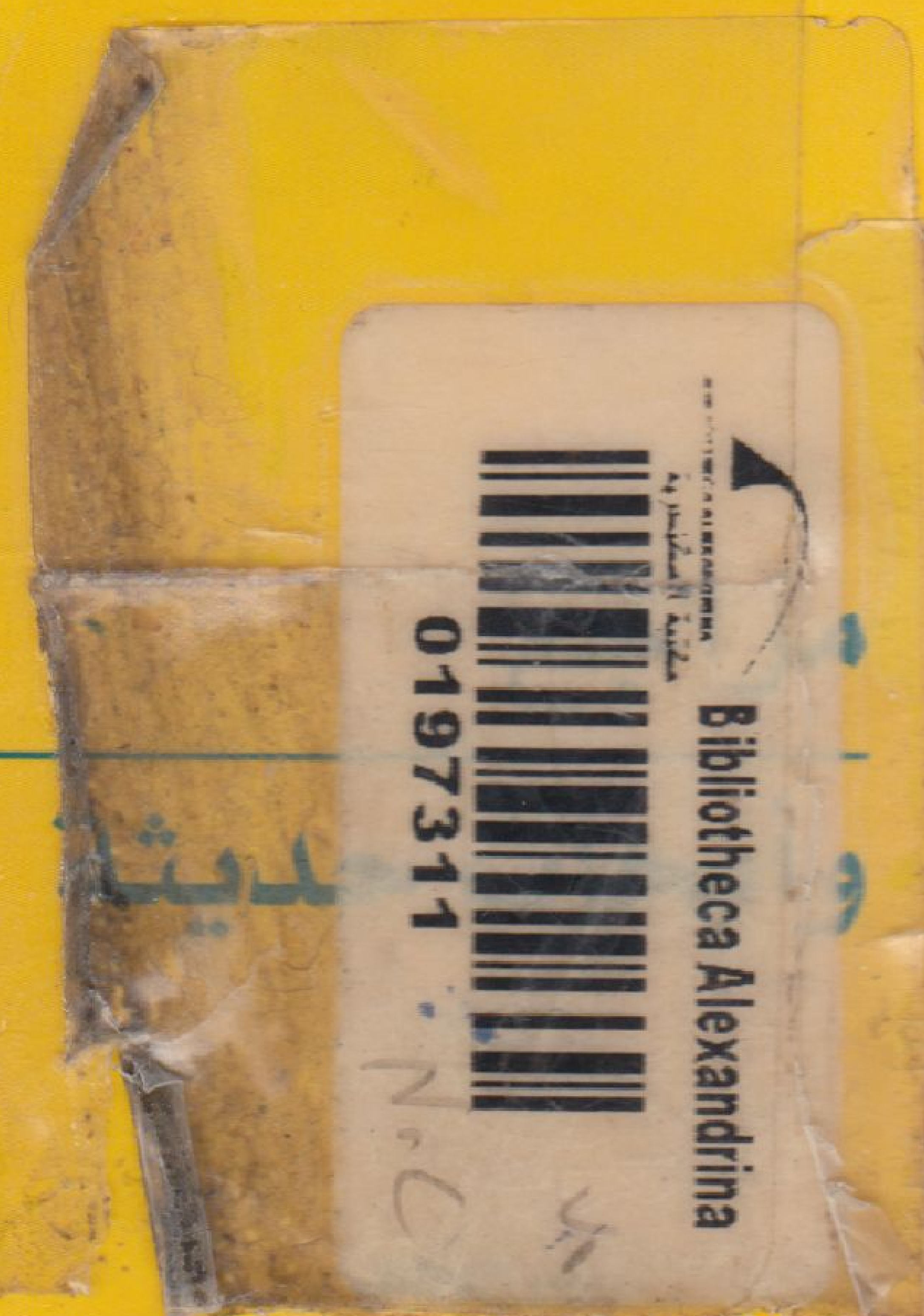
الدكتور محمد خضر الحلبي

الكتاب الأول

كتاب
مخصص للأهل





و... حديثة

الطرق الجديدة في الطب النفسي والعصبي للأطفال والمراهقين

تيفاني نور الحلبي
العمر: ٥ سنوات

تقدير وشكر

أود أن اشكر الدكتور مروان عويضة بروفسور في الطب للأمراض الداخلية والجرثومية ـ المركز الطبي في الجامعة الأميركية في بيروت لمراجعته الكتاب الأول ، والدكتور نبيل ميقاتي طبيب نفسي في بيروت لمراجعته الكتاب الثاني والدكتور منير خاني ، بروفسور ورئيس قسم الطب النفسي والعصبي في المركز الطبي في الجامعة الأميركية في بيروت لمراجعته الكتاب الثالث

كما واود ان اشكر زوجتي آمال،أخصائية في علم الإجتماع لمساهمتها في قسم الأبوة في الكتاب الأول

وأتوجه بجزيل الشكر للسيدة رندة المصري صالحة لمساعدتها في ترجمة الكتاب الأول

جدول المحتويات

جدول المحتويات

الجزء الأول

نمو الطفل

الفصل ١ النمو الطبيعي للطفل

أحد أهم أفراح الحياة هو مشاهدة الأطفال حين يخطون إلى مراحل مختلفة من النمو. رغم أن جميع الأطفال يمرون بمراحل تنموية متشابهة، إلا انهم لا يمرون بها بالضرورة في نفس السن.

لكي يكون العمل بفاعلية الحد الأقصى مع الطفل، على أي شخص أن يتفهم نموذجه أو مثاله الفردي ومعدل نموه. بكلمات أخرى، إن الأطفال يستعدون جسدياً، عقلياً، وعاطفياً لمتطلبات معينة في أوقات معينة.

قد يكون متوقعاً من الطفل أن يختلف كثيراً عن غيره ممن هم في سنّه. فليس هناك شيئاً إلزامياً **typical** لسنّ الخامسة، السادسة، السابعة، أو الثامنة، لأن كل طفل يختلف عن الآخر. إن اضطرابات السلوك، التعلم، والنمو الجسدي يجب أن تدرس مرتبطة بالنمو الطبيعي للطفل. ونمو الأطفال ينتج عن تفاعل دينامیكي بين الطبيعة والتطبع أو بين الأسباب البيولوجية والمحيط.

قد تضمنت مراقبات نمو الطفل أوصافا ومقاسات لأسس ظاهرية **Objective** مثل الطول، الوزن، النطق، الطاقة الحركية، والأداء العقلي، إضافة إلى التغيرات الأكثر باطنية **Subjective** في المشاعر والمواقف والمدركات. يستخدم تعبير "الحالة التنموية" للتعبير عن المجموع الكلي لجميع القياسات المتنوعة والمستويات الوظيفية في أي مرحلة معينة من حياة الطفل.

نظريات نمو الطفل تكافح لإيجاد علاقات قانونية بين الاتجاهات المتنوعة في النمو والآليات التي تبرز من خلالها التغيرات. إن السيكولوجية الفريدة لكل فرد تنجز بواسطة بنية جسدية، تشريحية، فيزيولوجية، وبيوكيميائية تتقرر جزئياً في الجينات. والعدد الممكن لأنواع الجينات يفوق كثيرا، حتى مع التقديرات المتحفظة، عدد جميع الناس الذين مروا على هذه الأرض. وفيما عدى التوائم المتماثلة، فان كل بنية جينية للفرد لا تشابه أي فرد آخر.

لقد تمّ وصف خمسة مراحل من النمو الحركي حسب نوع الأوضاع والمهارات الحركية المكتسبة. وهذه تتضمن: التحكم بالعنف، الجلوس بمفرده، الحبو الزحف، الوقوف، والمشي. إن النضوج الحركي لا يتبع أوقاتاً إلزامية منظمة، فالجلوس دون مساعدة مثلاً لا يسبق دائماً عملية الزحف أو الدبيب. إن كل طفل يبدو انه يتبع خطته الخاصة في النمو حتى انه يوجد تراكبات من مختلف المراحل والأوقات المتغيرة للسيطرة على زمام مهارات محددة.

الإدراك- إن عملية تحرير المعلومات الحسية لتصبح أجزاء كاملة ذات معنى بواسطة الجهاز العصبي المركزي هي ما نسميه "الإدراك".

الإدراك البصري هو القدرة على اختيار وتنظيم المثيرات **Stimulus** البيئية للرؤية، التي تتمثل بالضوء المباشر أو المنعكس الذي تتلقاه العين وتنقله من العصب البصري **Occipital Lobes** إلى الفص الخلفي للدماغ من اجل التحليل المركزي.

الإدراك السمعي هو اختيار وتنظيم المثيرات السمعية الملائمة. وهو يعتمد معاً على وجود الآلة السمعية الفاعلة والقشرة **Cortex** السمعية السليمة الموجودة في الفص الصدغي **Temporal Lobes**.

إن اللمس، الألم، الحرارة والإحساس بحركة العضلات تشكل ***الجهاز اللمسي***.

ولكي يحصل الفرد على الصورة الكاملة للعالم الخارجي، لا يجب فقط أن تكون كل أجهزته الحسية سليمة، بل أيضاً أن تكون المعلومات المنقولة من الحواس مركبة **Synthesized** مترابطة ومحللة. من المعروف أن الأطفال الذين يتمتعون بنماذج حسية طبيعية **Modalities** قد يعانون صعوبة في تحليل، أو تلقي المعلومات من جهازين أو اكثر. هذه الحالة ترتبط بشكل خاص بأطفال يعانون خللا عصبيا أو نقصاً عقلياً حيث قد تكون صعوباتهم التعليمية على علاقة بفشل في تحليل وتركيب مثيرات متعددة وتكوين الانطباعات الصحيحة من حاسة ما من المعلومات الوافدة من قنوات أخرى.

إدراك الذات– إن الصورة العقلية التي يدركها كل فرد عن جسمه تسمى صورة الجسم **Body Image** . هذه الصورة تعمل كنواة متفاعلة **Integrative** للفرد، وتحدد معنى وأهمية تجاربه.

ارتكازاً إلى رسومات الشكل الإنساني، تم الاستنتاج أن أجزاء مختلفة من الجسم تكتسب السيطرة في عقل الطفل في مراحل تنموية مختلفة. مثلاً، الأطفال في سن الرابعة أو الخامسة يضمنون رسوماتهم الفم والعيون، ولكنهم عادة لا يرسمون الأذن حتى السن الثامنة أو التاسعة. إن الاضطرابات في صورة الجسم قد لوحظت في رسومات اليافعين ممن يعانون خللاً عصبياً، إهمالاً أو انتهاكاً جسدياً أو جنسياً أو إحباطاً، ولوحظت في تقارير شفوية من أطفال يعانون من الذهان والأوهام الجسدية، ومراهقين يعانون من القهم العصابي **anorexia nervosa** ***ومبتورين يظنون أن لديهم طرفاً وهمياً.***

اكتساب النطق– إن معرفة اللغة تنتج عن تفاعل التركيبة الأولية الموجودة في الدماغ عمليات النضوج، والتفاعل البيئية.

تلقي اللغة **Receptive Language**– حسب بياجه **Piaget** (١٩٢٦)، إن تلقي اللغة، مثل غيرها من المدركات تكون في البداية انطباعاً عالميا أو كلياً: يفهم الطفل بداية المعنى العام للرسالة الشفوية، وبعدها يبدأ باكتشاف المعنى الدقيق لكل كلمة مع أهميتها الخاصة في الجملة. ***خلال السنوات الأولى، يكون تلقي اللغة اكثر تقدماً من التعبير اللغوي لكل كلمة.*** يستوعب معظم الأطفال اتجاهات بسيطة، قبل أن يتمكنوا من التعبير عن رغباتهم بكلماتهم الخاصة بفترة طويلة. إن دور الدوافع وفترات الانتباه في نمو اللغة الواعية أو تلقي اللغة يستمر ليبقى موقعا للاستكشاف.

اللغة التعبيرية **Expressive language** – عند حوالي الأسبوع الرابع من العمر، ينتج الرضع أصواتاً متنوعة. خلال الفترة السابقة لنطق اللسان، تصبح مكاغاتهم وهدلهم اكثر توسعا مع مرور الوقت، فإذا بالأصوات التي تشابه الأحرف المعتلة والساكنة في كل اللغات قد بدأت بالتكون. حين بلوغ ٦ إلى ٨ اشهر، تصبح الثرثرة اكثر وضوحا. وعند بلوغ السنة، يتمكن غالبية الأطفال من تكوين بضع كلمات ملحوظة مثل ماما و بابا. لقد أورد غيزل **Gesell** ١٩٦٤ انه في السنة الثانية من العمر يمتلك غالبية الأطفال مخزونا كلاميا من حوالي ٢٧٠ كلمة، ويستخدمون عبارات تتكون من اسم وفعل. وحين بلوغ السادسة يزيد مخزونهم حوالي ١٠ أضعاف، وتصبح جملهم أطول، ويمكنهم الدخول في محادثات كاملة تتعلق بأحداث ومشاعر تختص بهم ويعبرون عن انطباعات وأفكار تتناسب مع سنهم. إن وضوح المفاصل الكلامية عند الطفل، والألفاظ المركبة، وحجم مخزون الكلمات، تتأثر بمتغيرات بيئية مثل الثقافة الأهلية، وكمية التفاعل الكلامي بين أفراد العائلة والطفل.

إن تبادل الأفكار، والتعبير عن المشاعر والانطباعات، تشكل جزءاً من وظيفة الكلام. يتعلم الأطفال بسرعة أن اللغة يمكن أن تستخدم للتأثير في التغييرات في بيئتهم الاجتماعية واكتساب ردات الفعل المرغوبة ممن حولهم. إن مناداة الأسماء، المداعبة، التعبير عن عدم القدرة أو الحاجة للمساعدة، والاتهامات هي نشاطات شفوية يراد منها كسب ردات فعل عاطفية وتنظيم المسافة الانفعالية والعاطفية بين الطفل والآخرين. هكذا، عندما يعلن الطفل الذي يعاني فرط الوقاية لأمه:"أنا أكرهك، قد لا يعبر فعلياً عن حقيقة مشاعره ولكنه يصبو لخلق مسافة انفعالية عاطفية بينه وبين أمه. إن المتعة عند سماع المديح ومشاعر التألم التي تتبع كلمات عدم الموافقة، هي عناصر تنظيم للنمو الاجتماعي **Socialization** .

النمو العقلي – هناك أهمية لا بأس بها تتركز على الذكاء لأنه يشير إلى قدرة الطفل الكامنة Potential ***للتعلم. وقد يعطي أيضاً بعض الدلائل***

المتعلقة بأسباب سلوك الطفل. متوسط نسبة الذكاء IQ هو ١٠٠٪، بكلمات أخرى، إن الأطفال ذوي الذكاء المتوسط يظهرون ترابطاً مائة بالمائة بين سنهم الجسدي وسنهم الفكري. مثلاً: الطفل المتوسط في سن العاشرة جسدياً هو أيضاً في سن العاشرة عقلياً فهو يفهم ويفكر مثل معظم الأطفال في سن العاشرة. أما الطفل الذي يمتلك نسبة ذكاء ١٣٠ فهو المع بشكل مميز من معظم الأطفال في عمره. من جهة أخرى، أي طفل يمتلك نسبة ذكاء ٨٠ هو اقل ذكاء من متوسط نسبة أطفال جيله.

الأطفال الذين ينجزون معدلاً متوسطاً، من اختبارات الذكاء يتمتعون عادة ببعض القدرات التي تفوق بنسبة ضئيلة معدل الوسط، وبعض القدرات التي تنخفض قليلاً عن المعدل. عندما تضاف هذه القدرات "الزائدة" و "الناقصة"، تكون النتيجة "معدلاً وسطاً". لذلك يعمل معظم أطفال "نسبة الوسط" تحت أو فوق مستوى سنهم.

هناك بالطبع، بعض الأطفال الذين يزيدون كثيراً، أو يقلون كثيراً بذكائهم عن غيرهم من أبناء جيلهم.

إذا كان هؤلاء الأطفال يستمتعون ببنية جسدية وعقلية صحيحة فإن تفوقهم او تراجعهم في بعض القدرات قد يعود إلى الاختلافات الطبيعية. وهذا يتقرر عادة في وقت التلقيح Conception– تسعة اشهر قبل ولادتهم. إذاً أن الضغط على الطفل لا يغير هباته الطبيعية، بل يزيد قيوده قيداً عاطفياً انفعالياً. ***من المؤكد أن أي الأبوين، أو المعلم الذي يتحدى بدراية كل يافع ليعطي افضل ما عنده ويخفض الضغوط عليه، هو من يتمتع بالحكمة.*** إن الاختلافات العقلية بين الأطفال لها العديد من الدلائل الهامة. "بإعطائي نفس الواجبات لكل التلاميذ، ما

هي المعوقات التي احملها لبعض الأطفال؟" و "ما هي الحسنات أو الامتيازات التي امنحها للآخرين؟" هذه بضعة نماذج من أسئلة قد يطرحها المعلم أو أحد الأبوين على نفسه.

النمو الاجتماعي– إن القدرة على أن يصبح الطفل مدركا ويبحث عن التواصل مع غيره من الناس، تصبح ملحوظة بعد الولادة بفترة قصيرة عند الرضع من البشر. وأولى الدلائل الملحوظة حول اهتمام الطفل هي السلوك البصري للمواليد الجدد. إن الدلائل على التواصل بالعين ترد باكراً في الأسبوع الرابع من العمر. ويعتقد إن الانجذاب **Attraction** المدرك إلى وجه إنسان هو شيء غير مكتسب وظاهرية أساسية عند حديثي الولادة. وعند حوالي الشهر الثاني من الحياة تظهر البسمات الأولى للمواليد. بما أن البسمة والتواصل البصري عند الرضع يستثير عموما سلوكاً متشابها ممن يعتنون بالأطفال فعند ذلك يبدأ تكوين الروابط الإنسانية. عند بلوغ حوالي الشهر السادس من العمر، يتناقص عدد البسمات الموجه للغرباء. فالنشاط المقابل من المعتنين بالطفل، يوطد التفاعل مع ممن يعرفهم الطفل ويوفر أسس سلوك الارتباط من جهة الرضيع. إن مظاهر الاجتماعية وإظهار صلة الارتباط تصبح ملحوظة في هذا السن. ***الهدف من تكوين الصلة*** **Bond formation** ***هو تحضير الطفل للانضمام إلى الشبكة الاجتماعية. إن آلية وأساليب التأهيل للمجتمع في معظم الحضارات، هي نتاج مجموع التجارب الجماعية اكثر منها الفردية، البيولوجية، المزاجية، أو الصفات التكوينية للطفل.*** القيم الحضارية وحدود الأمان تتطلب من العائلة ***وضع حدود*** على تصرفات الطفل. خلال السنوات الثلاث الأولى، يكون تفاعل الطفل مع أبناء سنه في حده الأدنى. رغم أن الأطفال قد يراقبون أو حتى يقلدون نشاطات الآخرين، ولكنهم لا يلعبون معاً. فيما بعد، يصبح الطفل اكثر اهتماما بالتفاعل مع أقرانه والنشاطات الجماعية اكثر من الألعاب الفردية.

إن السهولة والمهارة التي يمكن للطفل أن يتفاعل بها مع أقرانه ويبدأ بإرساء علاقات الصداقة تلعب دوراً هاماً بإحساسه بالقدرة والأمان. بعض الأطفال يميلون

للسيطرة على أقرانهم، بينما يصبح آخرون من التابعين. إن فرص التأهيل الاجتماعي المبكرة، التجاوب العاطفي، والتحرر من القلق هي عناصر ضرورية لنمو نماذج ناجحة في التفاعل مع الآخرين.

النمو الثقافي– إن سنوات الدراسة الأولى هي سنوات مهمة. في هذا الوقت يترك الطفل منزله ليتعاطى ويتنافس عادة مع غيره من الأطفال. هذا يستدعي عدة تعديلات جديدة. فهو يشعر بالغربة وعدم الأمان. إنها فترة قاسية في نموه يحتاج عندها إلى أهل ومعلمين يتعاطفون معه ويتفهمونه. **إن المشاعر التي نمنحه إياها في هذا السن تستمر على الأرجح لعدة سنوات. قد ينسى الكثير مما يتعلمه، ولكن المرجح انه لن ينسى شخصيات من علمه والمشاعر التي جعلوه يعيشها.**

رغم أن معظم الأطفال يكونون على استعداد لفهم الكلمات والأرقام البسيطة حوالي سن السادسة، إلا أن البعض لا يبدون هذا الاستعداد إلا لاحقا. الراشدون الحكماء يحسون جهوزية الطفل للمتطلبات الجديدة، فالاهتمام هو دليل على الجهوزية للتعلم. والتركيز الشديد على الإنجازات المدرسية قد يدمر ثقة الطفل ويوتره، ويجعل التعلم اكثر صعوبة. إن الأهل والمعلمين يجب أن ينسقوا مع درجة النضج التي يجدونها عند الطفل في كل مرحلة من عمره. ***يجب أن يكون الصف مكاناً حيث تتحدى الأطفال حسب مستواهم الخاص، اكثر منه مكاناً حيث يطلب من جميع التلامذة أن يحققوا مستويات محددة سابقاً، لا مرونة فيها.***

إن طفل الخامسة ليس جاهزا للتعليم المنظّم، والكتابة والحسابات. ولكن ***يمكنه تعلم عدة أشياء أخرى مهمة مثل التعاطي مع الآخرين بنجاح، اخذ الأدوار، اتباع التوجيهات وكسب المهارات الضرورية لجهوزية التعلم.***

إن تقدم الطفل في صفه الابتدائي الأول في السنة التالية، سوف يعتمد بشكل واسع على الخلفية التي كونها عندما كان في سن الخامسة. إذا حاول الأهل والأساتذة

إجبار الطفل بشدة على الدراسة المنتظمة في سن الخامسة إلى السادسة قبل ان يكون جاهزا لذلك، فسوف تكون ردات فعله متنوعة. قد يصبح عدائياً تماماً، يضرب الناس الذين يتوقعون منه الكثير. من جهة أخرى، قد يحس انه ليس موازياً لموقعه، فيتراجع غالبية الوقت. سوف يتطور به الأمر ليكره هذا الموقع الذي وضع فيه تحت الضغط، ويشمئز من كل ما يتعلق به. إن ردات فعله لن تكون محبذة وربما تترك لديه انطباعات طويلة الأمد. ***الصبيان والبنات لا يجب أن يسفَّروا من اجل الوصول إلى الكمال. يجب أن نتوقع منهم الأخطاء والكثير من النسيان، فهم مجرد مبتدئين في التعليم.***

يجب تعليم الطفل عن بيئته الحالية، مجتمعه المنزلي ومدرسته. ويمكن المساعدة بالتحدث معه عن الأشياء التي يراها ويسمعها. عند بلوغهم سن السابعة، يفهم الأطفال عادة معنى الأيام، الشهور، والسنوات. مع ذلك، فالمناقشات حول أحداث حدثت منذ قرون مضت قد تربكهم. إن مفهومهم للوقت لم يتطور كلياً بعد.

في سنواته الابتدائية الأولى تكون حصص القصة شديدة الضرورة. سوف يتعلم الطفل كثيراً من قصص تقرأونها له، خصوصاً إذا ناقشتموها معه. ولكن في نفس مستوى أهمية المعرفة التي يكتسبها، يأتي الحب الذي يشعر به وهو يجالس أهله أو معلمته للاستمتاع بهذه القصة.

وإذا أعطي الطفل واجبات منزلية في صفه الابتدائي الثاني أو الثالث، فلنحول الواجب إلى تجربة مفرحة. إذا كان وقت الواجب وقتاً لا يسرّ الطفل فانه سوف يؤذيه بقدر ما يفيده.

النمو العاطفي– إن الرضيع حديث الولادة يعبر عن ضيقه بالبكاء وعن رضاه بمظهر هادئ. وقدرة الطفل لاختيار المتعة تعتمد معا على إحساسه الخاص بالسيطرة السيادة، وشعوره بالقبول والرضا ممن يعتنون به وغيرهم من الأفراد المهمين في حياته.

إن الطفل يعبر عن مشاعر الضيق الجسدي والعاطفي بالبكاء، النـــوم المتقطـع، البلادة، وفقدان الشهية في مرحلة الرضاعة. عندما ينمو الطفـل ليصبـح اكـبر، تترافق التعبيرات الشفوية عن مشاعره المجروحة ومزاجه السيئ مع الإشـــارات غير الشفوية.

من الصعب أن نحدد النمو العاطفي للطفل في مراحل مختلفة من عمره. وبما يكون من الأكثر ضرورة أن نعرف الحاجات العاطفية للبنين والبنات. فيما يلي رؤوس أقلام لهذه الحاجات، بإبقائها حاضرة في الفكر يمكن مساعدة الأطفال لتنمية وظائف فاعلة طبيعية عندما يصبحون راشدين:

١.خلال سنواته الأولى، يجب أن يحصل الطفل على الثقـــة بالانتمـاء- بأنـه مرغوب، ومفتقد في غيابه. النقد المتواصل يعني له انه غير مرغوب به وانـه لا ينتمي.

٢.يحتاج الأطفال للإحساس بأنهم ناجحون وفاعلون. يجب أن تتناسب واجباتـهم مع قدراتهم. المكافأة المادية لا ترضي بقدر الكلمة الطيبة المادحة والتشجيع.

٣.إن حياة صبي أو بنت صغيرة يجب أن تكون نسبياً محـررة مـن الخـوف. مجرد أن نقول للطفل أن لا يخاف، لا يزيل هذا الخوف. النقـاش المتعـاطف والعقلاني هو دائماً ذات فائدة هنا.

٤ . عندما يبدي الطفل إحراجاً مؤذياً له، يمكن للراشد أن يأخذ المبادرة ويدعمه بالمساعدة. لا يجب تطبيق قواعد السلوك باستخدام التهديدات المتكررة.

٥.إن الأطفال من جميع الأعمار يحتاجون الكثير من الحب والحنـان. انـهم لا يحتاجون فقط أن نحبهم، بل أن نقول لهم إننا نحبـهم. ***لا يجب أن يبقى حبنا مشروطاً.*** لا يجب أبداً أن نقول لهم إننا نحبهم أو أن الله يحبهم، فقـط عندما تكون تصرفاتهم جيدة.

٦. ***مشاعر الذنب واللوم*** يجب أن تقلص للحد الأدنى. فالاطفال، مثل الكبار، ليسوا كاملين. ومن غير المفيد أن نلوم الطفل باستمرار. لا يجب أن نقوده للاعتقاد أن أحداً غير الله يتمتع بالكمال. ببساطة اتهام الطفل لا يقدم لنا الحل. والسلوك الفائت غير المرضي يجب تقليصه إلى الحد الأدنى.

٧. من الطبيعي أن الأطفال الصغار لا يمكنهم المساهمة في العائلة مثل الكبار. ولكنهم يحتاجون للإحساس بالمساهمة، تماما كأنهم كبارا. يجب أن نفكر بأساليب لضمّ الأطفال الصغار بحيث يعرفون انهم يساهمون بقسطهم من النشاطات في المدرسة وفي المنزل. لا يمكن لنا أن نتجاوز مساهمة الطفل، مهما كانت صغيرة.

٨. ***من طبيعة الأطفال الاستكشاف والرغبة في المعرفة. أسئلتهم مهمة بالنسبة لهم، حتى لو لم تكن دائماً ذات أهمية للكبار. يجب اخذ أسئلة الأطفال بجدية كاملة. وربما يكون اكثر أهمية من الجواب الذي نعطيه، هو الأسلوب الودّي المفرح الذي نتلقى به أسئلتهم.***

٩. حاجة أخرى لجميع الأطفال هي الإحساس بالأمان الاقتصادي. هذا الأمان لا يعتمد على المصادر المادية، بل يعتمد اكثر على الأهمية التي نعطيها للأشياء المادية. جميع الأهل والمعلمين يمكنهم مساعدة الأطفال كي يشعروا انهم يملكون جميع الأشياء المهمة في الحياة.

تكوين المفهوم الذاتي – النمو الأخلاقي – إن المفهوم الذاتي يبدأ مبكرا منذ أوائل أيام الحياة عندما نحمل الطفل للمرة الأولى ونتحدث إليه. ***الأهل هم طبيعياً النماذج الأولى*** التي يتعاطى معها الطفل، على أي حال، إن إدراك الصغار للسلوك الأهلي قد يكون مختلفا تماما عما ينوي الأهل أو يتمنون أن يقنعوهم به. كذلك الجدود، الاخوة، والاخوات، المعلمون، المعارف، والشخصيات العامة تبدأ بتشكيل المفهوم الذاتي. عندما نلاحظ إنجازات الطفل ونشجعها، يبدأ بالشعور انه يمكنه إنجاز الأشياء بمفرده.

كلما زاد إدراك الطفل لمشاعره حول إنجازاته، زاد إحساسه الإيجابي تجاه ذاته. التحقير من الأهل خصوصاً من أخ أو أخت كبرى، استخدام الألقاب اللاذعة التي لا يقصد منها المزح، والتعليقات الساخرة، هذه الأشياء هي الأكثر شيوعاً ضمن الأساليب الشفوية التي تجعل الطفل يبدأ بادراك ذاته سلبياً في عالمه الصغير المعروف بالمنزل.

أطفال الجيرة يتألبون بسرعة على الصغار الذين يبدون بمظهر الخاطئين ويستمرون بإعطائهم ألقاباً لاذعة لاتمام ما بدأته العائلة.

الإشارة الأولى للراشد حول كيفية إحساس الطفل بذاته تأتي من ملاحظة الطفل في أوضاع مختلفة. يجب أولا ملاحظة الطفل وهو برفقة من يكبرونه قليلاً. هل يسخرون من الطفل ويغيظونه؟ هل يتم إحباط الطفل بألقاب مثل "غبي" أو "أهبل"؟ الخطوة الثانية هي مراقبة الطفل برفقة من يقاربون سنّه. هل يبذل الطفل جهداً كي يشارك في النشاطات الجماعية؟ أو هل انه يبقى منزوياً ويجب تشجيعه للعب والتحدث مع غيره من الأطفال؟ عندما يطلب منه القيام بشيء يقوم به غيره من الاطفال، هل يكون رده عادة "لا أستطيع"؟

هل الطفل مقبول كندّ للآخرين أو انه يبدو خارج المجموعة إما باختياره أو باختيار المجموعة؟ ***إن الطفل الذي يميل إلى الوحدة باكراً في حياته قد يكون بدأ فعلياً بالشعور أن الآخرين يرفضونه.*** الإشارة الثالثة حول مفهوم الطفل لذاته هي ملاحظة الطفل في مواقف مختلفة مع الكبار. يجب أن نتوقع بعض الخجل مع الغرباء ومع من لا يراهم الطفل غالبا. إن الطفل الذي يكون دائم الخجل مع الكبار بينما غيره من الأطفال لا يكونون كذلك، يوجه رسالة حول بعض المشاعر الداخلية.

المفهوم الذاتي السلبي– إذا فكر الطفل بذاته كشخص محبوب، يبعث الفرح، وإذا عومل الطفل على هذا الاساس، عندها من المؤكد انه سيستمر بنفس الأسلوب.

في المقابل، إذا كان نفس الطفل غير مستحب بتجنبه الناس ويعامل بقسوة، سيثبت عنده مفهومه السلبي لذاته ويصبح أقوى.

إن الطفل يرتبك من الإشارات أو الرسائل التي يتلقاها من وقت لآخر. مثلاً، يتلقى الطفل إشارة انه ليس جيداً لفترة طويلة من الوقت. فجأة يبلغه شخص آخر انه جيد أو انه أتم عملاً حسناً، فيصبح الطفل مرتبكاً. بما أن إشارته هو أقوى واقرب لذاته، سيميل الطفل لاثبات انه لا يستحق التعليق الإيجابي. لهذا فانه من الصعوبة بمكان أن نغير المفهوم الذاتي السلبي في فترة قصيرة من الوقت. على أي حال، قد يبدأ الصراع الداخلي بحلّ ذاته خلال بعض التعديلات حول المفهوم الذاتي، إذا استمر التفهم والتقبل بينما لا يزال الطفل صغيراً كفاية ليحترم أفكار وتعليقات أهله ومعلميه، واستمر هؤلاء الكبار بمعاملته كأنه مستحب ونافع. "ربما أنني لست سيئاً على أي حال" سوف تصبح جزءاً من عمليات تفكير الطفل. التعديل في المفهوم الذاتي سوف يعتمد على متغيرين، أهمية الأشخاص الذين يمتدحون أعمال الطفل وكمية الرسائل الإيجابية التي ترسل إليه.

ظواهر النمو والتطور لمختلف الأعمار والمراحل نجزها في الجداول ١ إلى ٥

جدول رقم ١

متطلبات أو ظواهر النمو والتطور - الثقة ضد أو مقابل عدم الثقة -

مرحلة الحس الشفوي أو المرحلة الحسية الشفوية - **Oral-Sensory Stage**

السنة الأولى (من الولادة لعمر السنة).

جسدياً	حركياً	لفظياً/لغوياً
ميل للتركيز على الوجوه واللون الأحمر والأزرق.	شهران: يبقى رأسه مستقيماً حين نحمله.	يصدر أصواتاً من حنجرته ويتناقص بكاؤه في الأسبوع الثامن.
يدرك الاختلافات بين الأصوات.	٤ أشهر: يجلس مع بعض المساعدة، يمسك الأشياء، يتدحرج من ظهره إلى جنبه.	يصدر أصواتاً تشبه حروف العلة.
تجمّع الأسنان، يحتاج ١٣ إلى ١٦ ساعة نوم يومياً.	٦ أشهر: يجلس في كرسي عالٍ، يحرك الأشياء من يدٍ إلى أخرى.	٤ أشهر: تبحث عيناه عن متحدث أو من يتحدث.
	٨ أشهر: يزحف، يقف مع بعض المساعدة	٥ أشهر: أصوات متشابهة للحروف الساكنة
		تنتج الهدل.
	١٠ أشهر: يجلس بسهولة، يدّب، يدفع نفسه للوقوف.	٨ أشهر: يظهر ترنيم الكبار في هدله، يستخدم ألفاظاً من مقطعين.
	١٢ شهراً: يمشي بضع خطوات مع أو دون مساعدة، يحمل الطابة ويتركها.	١٠ أشهر: يفهم بعض الكلمات والإيماءات المتعلقة بها.
	١٤ شهراً: يقف بمفرده.	يقلد الكلمات وأصوات الأشياء.
	١٥ شهراً: يمشي بمفرده.	يصدر أصواتاً لعدة لغات ويتمكن تماماً من لغته.

إرشادات للعناية بالطفل:

أ- العلاقة من شخص لشخص هي الأفضل.

ب_ يجب تلبية الحاجات عند الطلب لبسط الثقة.

ج- يحتاج الكثير من التواصل مع المعتني الأساسي به.

تتمة الجدول رقم ١

متطلبات أو ظواهر النمو والتطور - الثقة ضد أو مقابل عدم الثقة - مرحلة الحس الشفوي أو المرحلة الحسية الشفوية -(Oral-Sensory Stage) السنة الأولى (من الولادة لعمر السنة).

الإدراك	المجتمع	الذات
لا وجود مستقل للأشياء.	بدء الارتباط من الولادة حتى ٣ أشهر. يستخدم الرضاعة، التمسك، خطف الأشياء، الابتسام، الملاحقة البصرية للحفاظ على القرب من المعتني الأساسي.	لا يظهر إدراكا للجسد.
توترات وأحداث متعلقة بالحاجات الذاتية.	٦ أشهر: يبحث عن أحد الأبوين كعلاقة أساسية.	شهران: يكتشف يديه.
يرتبط الوقت بالشعور بالحاجة (أكل، نوم).	نتائج ناجحة عن ورطة تنتج أملاً وثقة ومعرفة أن الآخرين سيعتنون بالحاجات الأساسية.	٤ أشهر: يبتسم لنفسه في المرآة.
٤ إلى ٨ أشهر: يحاول الحفاظ على إشارات مثيرة،، الاهتمام تجاه الآخرين والأشياء. استمرارية الأشياء، البحث عن أشياء سبقت رؤيتها.	تركيز في الفم حول المتعة، الإطعام هو اكثر النشاطات إثارة.	٨ أشهر: لا يوجد مفهوم حول أين ينتهي جسده الخاص ويبدأ جسد شخص آخر.
إحساس سحري بالسببية.	التعبير عن الضيق بالبكاء الاستمتاع بالأصوات المهدئة.	١٠ أشهر: يستجيب لاسمه الشخصي.

تتمة الجدول رقم ١

متطلبات أو ظواهر النمو والتطور – الثقة ضد أو مقابل عدم الثقة – مرحلة الحس الشفوي أو المرحلة الحسية الشفوية –(Oral-Sensory Stage) السنة الأولى (من الولادة لعمر السنة).

الإدراك	المجتمع	الذات
٩ أشهر: البحث عن أشياء مخبأة إدراك وجودها سابقاً في مكان معين.	التعبير عن الخوف.	١٢ شهراً: مع تطور استمرارية الأشياء يبدأ باستنتاج وجود أناس آخرين.
يبدأ بتذكر الأحداث. ١٢ شهراً: الاستكشاف والتجربة.	٩ إلى ١٢ شهراً: الارتباط بالنظر عن بعد، يبدأ الخوف من الغرباء، تركز أحد الأبوين كعنصر أساسي.	
١٢ إلى ١٨ شهراً: يفهم أن السبب هو خارج الذات، يبقى أو يتذكر أحداثاً اكثر لفترات أطول.	يلعب منفرداً ولكنه يمضي وقتاً أكثر باللعب مع أحد الأبوين.	

جدول رقم ٢

متطلبات أو ظواهر النمو والتطور
الاستقلالية ضد أو مقابل الشك والعار أو الخجل
(المرحلة العضلية- الشرجية) (Muscular-Anal Stage)
من ١ إلى ٣ سنوات

جسدياً	حركيا	لفظياً / لغوياً
تغيرات الجسم: ينمو الدماغ حتى ٧٥ بالمائة من وزنه عند الكبار.	يركض، يسحب، يدفع الألعاب، يرمي الطابة، يملأ الملعقة ولكنه يدلقها قبل إدخالها في فمه.	يقلد الأصوات التي يسمعها بسهولة.
ينام ١٣ ساعة يومياً.	يقفز، يركل، يحمل الكوب بيد واحدة.	يبدأ باستخدام جمل من ٣ إلى ٥ كلمات.
تظهر أضراس الأسنان.	يستخدم خربشة دائرية وعامودية.	يتحدث، يعبّر للغير عن رغبة، أو طلب، او انطباع.
الحجم المتوسط ٢٨ إلى ٣٠ bs١ والطول ٣٤ إلى ٣٦ إنش.	يمشي قفزاً (يهرول).	يستخدم التصريح بصوت مرتفع لطرح الأسئلة.
	يبدأ بركوب الدراجة.	يعبر عن انفعالاته بالكلام- غاضب، حزين، سعيد.
	يبني بالمركّبات، يحاول وضع أشكال أساسية.	يدرك ويستوعب المشاعر.
	يلبس بمفرده.	يبدأ باستخدام مفردات الفعل للمستقبل.
	تفضيل اليدّ اليمنى أو اليدّ اليسرى.	يبدأ بملاحظة أسماء الألوان.

إرشادات العناية بالطفل:

علاقة شخص لشخص هي الأفضل حتى سن الثالثة، الخيار الثاني هو مجموعة صغيرة جداً من الأقران مع معتنٍ رئيسي واحد يستطيع تأمين الفرص. الصراع الاستقلالية- الشك، يتّم حله دون التهديد بالتخلي عن الطفل.
فرص الألعاب المتوازية الضرورية، الأماكن التي تتطلب تعاونا من الطفل هي ليست الخيار الأفضل للعناية بالطفل، هذه مرحلة من التركيز الذاتي (الانا) في الحياة.

تتمة جدول رقم ٢

متطلبات أو ظواهر النمو والتطور
الاستقلالية ضد أو مقابل الشك والعار أو الخجل
(المرحلة العضلية- الشرجية) (Muscular-Anal Stage)
من ١ إلى ٣ سنوات

الإدراك	المجتمع	الذات
بداية الفكر، الإدراك، التفكير قبل العمل.	العلاقة الإنسانية الأساسية مع الأهل.	سنتان: بروز الوعي الذاتي.
استمرارية الأشياء (Object permanence).	يحاول الطفل أن يكتفي ذاتياً، والفرص لتجربة هذه المهارات تقود إلى الاستقلالية وتقدير الذات.	يوسم نفسه باسمه الخاص.
يبدأ باختيار السبب والنتيجة.	اللعب المتوازي مع الأحزان. يتناقص اللعب مع أحد الأبوين.	يعرف نفسه في المرآة.
يستعيد الأحداث.	ينمي التعاطف، الخجل، الاحراج، والكبرياء.	تملكية حادة وتركز ذاتي (الأنا).
بداية مرحلة ما قبل الفاعلية preoperational symbolic الرمزية. يستخدم التخيل الفكري في العاب الكلام مع صور فكرية.	تظهر العدائية.	يتكون المفهوم الذاتي بواسطة ما يسمعه عن نفسه (صورة سلبية أو إيجابية، لطيف أو عنيف، جميل أو غير جميل.

تتمة جدول رقم ٢

تطور الادعاء الخيالي.	٣ سنوات- يبدأ بتقبل الغياب (المؤقت) للأهل دون اعتراض، ويتقبل من ينوب عنهم.	يكتشف أن سلوكه يعود إليه وحده.
تناقض كمية التركز الذاتي، يصبح اكثر قدرة لتقبل الآخرين.	٣ سنوات- يعرف جنسه ولكنه لا يعرف بأنه ثابت (يمتلئ بالخوف).	
يبدأ بفهم الوقت (اليوم- غداً).	تتغير قواعد الألعاب بأسلوب التركز الذاتي.	
يحتاج أن تكون مكافأته فورية وحسية ملموسة، يكون حساساً للمدح والاهتمام.		
تبدأ مرحلة البديهية أو الوجدانية (الحدسية).		

جدول رقم ٣

ظواهر النمو والتطور

الانطلاق ضدّ أو مقابل الذنب (مرحلة عقدة أوديب) **Genital-Oedipal Stage**

من ٣ إلى ٦ سنوات

جسدياً	حركياً	لفظياً
النوم: ١١ ساعة يومياً.	يلتقط الطابة، يتوازن على قدم واحدة، يتجنب السقوط جيداً.	لغته تشابه لغة الكبار.
آلام اقل في المعدة وجهاز هضمي اكثر انتظاماً.	ينسخ الرسائل، الأرقام، يحاول تكوين الصور.	معدل مخزون الألفاظ: ٢٥٠٠ كلمة ثابتة، يستخدم روابط الكلمات وجملتين مركبتين أو اكثر.

تتمة جدول رقم ٣

التهابات اقل في الأذن. تزيد المسافة من الأذن الخارجية.	تزيد سرعة الركض، يتمكن من القفز.	
تبدأ الأسنان الثابتة بالظهور.	زيادة تفاصيل أخرى في الأعمال الفنية.	

إرشادات العناية بالطفل:

التفاعل مع الأقران في بيئته العناية اليومية تجربة إيجابية.
يتمكن من اللعب المترابط (المقترن).
يحتاج وقتاً نوعياً مع أهله لتشجيع وتطوير انطلاقاته.
يبتعد عن الجنس المغاير له من أبويه ويحقق هويته (يتوحد) مع من يماثله من أهله في سنّ السادسة- العلاقة مع مثيله من الأبوين تتقاطع مع نموه.

تتمة الجدول رقم ٣

ظواهر النمو والتطور
الانطلاق ضدّ أو مقابل الذنب (مرحلة عقدة أوديب) Genital-Oedipal Stage
من ٣ إلى ٦ سنوات

الإدراك	المجتمع	الذات
تصنيف الأشياء بواسطة اللون والشكل.	العلاقة الإنسانية الأساسية مع العائلة.	الذات يفهم ذاته كجزء من كل.
نمو جيد للذاكرة.	يدخل في نشاطات تشابه الكبار وصبر الأهل في إجابة الأسئلة تقود إلى الانطلاق\اثبات التفاعل.	يرى ذاته كجنس مختلف ويطور تفضيلاً لجنسه الخاص.
يصبح منطقياً بحدٍ أدنى طالما تعلق الأمر بتحويل وتعديل الأشياء.	يلجأ للعراك الجسدي كوسيلة لحلّ المشاكل.	يستوعب ذاته كقيمة أخلاقية ذات أهداف للوصول إلى ذات مثالية (٥الى ٦).
الإبداع- تكوين جيد للرسوم.	دور الهوية الجنسية، في سن السادسة يستنتج ان جنسه ثابت ودائم.	يكون البادئ بالتفاعل.
مخططات خيالية.	مركزية ذاتية اقلّ- حين يقارب السادسة- قدرة اكثر كثيراً على المشاركة.	يصبح الوعي متطوراً.
مكافآت تأتي من المعلومات الصحيحة\ا يتبنى مستويات للأداء- يريد إسعاد الآخرين- المديح ضروري.	اللعب المقترف ٣ سنوات- يتوجه نحو اللعب المشارك. ٦ إلى ٧ سنوات، مفهوم الفريق أو المجموعة.	
يحّب المرح\ الاحجيات والحزازير ويفهمها.	يطور أسلوباً مميزاً في الاستجابة للآخرين.	

جدول رقم ٤

ظواهر النمو والتطور
الصناعة ضدّ أو مقابل الدونية (مرحلة الخفاء Latency Stage)
من ٦ إلى ١١ سنة

جسدياً	حركياً	لفظياً
النوم: ١٠ ساعات يومياً	زيادة الاكتساب في التنسيق \ التحكم الحركي، قوة عضلية، رشاقة، دقة، جلد، مهارة يدوية.	يفهم المقارنات والاستعارات.
تطور جيد للإدراك.	تنسيق يدوي- بصري جيد.	اللغة كأداة ليس فقط للدلالة على الأشياء.
تغيرات الجسم لما قبل البلوغ.		يكتسب ٥٠٠٠ كلمة جديدة في هذه المرحلة من العمر.
جميع الأسنان ثابتة.		
معدل الحجم في سنّ العاشرة: ذكور: ٧٨ bs١ طول ٥٩ انش. إناث: ٧٧ bs١ طول ٥٩,٢ انش.		
فترة عملية ثابتة، بدأ القدرة على المنطق\ العقل.	الجيرة\ المدرسة هي المصدر الأساس للعلاقات الإنسانية.	يطور مهارات جديدة تقود للإحساس الفاعلية.
تزايد الموضوعية، يظهر التفكير القياسي\يفهم علاقة السبب – النتيجة.	يتعلم المنافسة\ يستخدم ذكاءه ومهاته ليكسب المديح في إنجازات تقود إلى التصنيع.	يتعلم الربح والخسارة.
المرح- يفهم افضل كيف يداعب\ يطلق النكات.	تحديد النشاط \ أو النقد يقود إلى الدونية	ينتج الأشياء.

تتمة جدول رقم ٤

المكان- يتمكن من تفسير المسافات البسيطة.	تناقص العراك الجسدي، المبارزات الآن كلامية.	يفرّق بين اللعب والعمل.
تطور جيد للذاكرة.	بدء تعلم الدور الاجتماعي حول كيفية تصرف الصبي \ الرجل أو الفتاة \ المرأة.	الميل لربط الإنجازات الذاتية.

إرشادات العناية بالطفل:

نشاطات بنيوية \ مفهوم الرياضة كفريق \ اللعب المشارك.
التشجيع الممكن ضروري.

جدول رقم ٥

ظواهر النمو والتطور
الهوية ضدّ أو مقابل التباس الهوية
(المراهقة-النضوج Adolescence- Puberty)
من ١٢ إلى ١٨ (٢١) سنة

جسدياً	حركياً	لفظياً
النوم: ٩ ساعات يومياً، (٨ ساعات في سن ١٦).	تزيد قوة قبضة اليد.	يزيد استخدام الألفاظ المتخصصة.
تغيرات الجسم، أي بدء الطمث، مشعر العانة، النشوء الأولي للثدي، تضخم الرحم، زيادة الخصب، نمو الصفن (الأكياس)، نمو القضيب طولاً وقطراً، حدوث القذف الأول (١٤)، تغير الصوت، اندفاع الطول، ظهور شعر الوجه.	المهارة الحركية غير متوازنة نتيجة اندفاع النمو حوالي ١٦ إلى ١٧ – تباطؤ في النمو واعادة تنظيم الحركية وعضلات الأعضاء. رشاقة\ تحكم\ توازن متقدم. تحسن في قدرة الاحتمال.	مخزون الألفاظ حوالي ٥٠ ألف كلمة، ثم ٨٠ ألف في نهاية المرحلة. في الكلمات الوصفية يتم استخدام كلمات اكثر فهماً ومفاهيم اكثر تجرداً.

تتمة جدول رقم ٥

ظواهر النمو والتطور
الهوية ضدّ أو مقابل التباس الهوية
(المراهقة–النضوج Adolescence- Puberty)
من ١٢ إلى ١٨ (٢١) سنة

الإدراك	المجتمع	الذات
فترة فاعلية أساسية. إدراك المنطق العقلاني.	مجموعات الأقران ونماذج القيادة هي المصدر الأساس للعلاقات.	الانفصال – الفردية.
استخدام الإقناع اكثر من التهديد في المناقشات.	يرى الفرد نفسه فريداً وكاملاً ويحاول بسط هوية جنسية، عرقية، ومهنية. عدم القدرة على بسط هذه الأشياء يقود إلى الالتباس.	تطور مفهوم مظهر الشخص. صورة الجسد ارتكازاً على ثقافة الأقران.
الحلول تتضمن أجوبة خيالية وتفهم للظروف المخففة.	(المرحلة التناسلية– تركيز الأعضاء على المتعة والوصول إلى الاكتفاء من خلال الإثارة).	تركز الذات عند المراهق او المراهقة، عالمه او عالمها الأساسي هو النفسي، (كطفل كان هذا العالم هو الجسدي).
التجريد \ التفكير الفلسفي. تطور تركز ذات المراهق أو المراهقة. الخيال.	التطور الأخلاقي– يبدأ بسط القيم \ الاتصال الاجتماعي\ علم الأخلاق\ الأسس\ تطور الروابط، تطور الاعتماد على الذات، القدرة على تكوين علاقات ناضجة.	البحث عن هوية، اعتبار الذات أداة ذات أدوار وتوقعات متعددة.

References

Anthony BJ: In the blink of an eye: Implications of reflex modification for information processing: In: Ackles PK, Jennings JR, Coles MGH, (eds): Advances in psychophysiology (Vol I). Greenwich, London, JAI press, ١٩٨٥.

Ausubel, D., Sullivan, E. "Moral Development: in Theory and Problems of Child Development, D. Ausubel & E. Sulivan, Grune & Stratton, pp. ٤٦٥-٤٨٤. New York, ١٩٧٠.

Beiser H.R. on curiosity: A developmental approach. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, September ١٩٨٤, ٢٣(٥), ٥١٧-٢٤٥.

Bemporad, J.R.; Child development in normality and psychopathology: New York: Brunner/Mazel Inc., ١٩٨٠.

Bench J: the auditory response. In: Steve V. (ed) Perinatal physiology. New York, Plenum, ١٩٧٨.

Berlin, I., Bibliography of child psychiatry. New York: Human science press, ١٩٧٦.

Bloom. L., Language development review. In Review of child development and research, ed. F.R. Horowotz. Chicago: University of Chicago Press, ٢٤٥-٣٠٣, ١٩٧٥.

Bornstein MH: Perceptual development across the life cycle. In: Bornstein MH, Lamb ME (eds): developmental psychology: An Advanced Textbook (٣rd ed), Hillsdale, NJ, Erlbaum, ١٩٩٢.

Bowlby J: A Secure Base. New York, Basic Books, ١٩٨٨.

Bowlby J: Attachment and Loss. Vol ١: Attachment. New York, Basic Books, ١٩٦٩.

Bowlby J: Attachment and Loss. Vol ٢: Separation. New York, Basic Books, ١٩٧٣.

Bowlby J: Attachment and Loss Vol ٣: Loss. New York, Basic Books, ١٩٨٢.

Brazelton, T. Berry and Als, Heidelise, Four Early Stages in the Development of Mother-Infant Interaction. The Psychoanalytic Study of the Child ٣٤: pp. ٣٤٩-٣٦٩. Yale University Press. New Haven. ١٩٦٩.

Brown, R., and Bellugi, U. Three processes in the child's acquisition of syntax. Harv. Educ. Rev. ٣٤:١٣٣-١٥١. (١٩٦٤).

Bruner, j. Organization of early skilled action. Child Development. ٤٤:١-١١. (١٩٧٣).

Bruner, J., Oliver, R., and Greenfield, M. Studies in Cognitive Growth. New York: Wiley, ١٩٦٦.

References

Caims, G.F., and Butterfield, E.C. Assessing infants'auditory functioning, in B.F Friedlander, et al. (Eds.), Exceptional Infant: Assessment and Intervention, vol.٣.
New York: Brunner/Mazel, ١٩٧٥.

Camichael. L. The onset and early development of behavior. In manual of child psychology. Vol. ١ ,٣rd ed. pp. ٤٤٧-٥٦٣. New York: wiley, ١٩٧٠.

Changeux J-P: A critical view of neuronal models of learning and memory. In: Anderson P(ed): Memory Concepts: Elsevier, ١٩٩٣.

Cicchetti D: Ganiban J, Barnett D: Contributions From the Study of High Risk populations to understanding the development of emotion regulation. In garber J, Dodge RA (eds): The development of emotion regulation and dysregulation. Pp. ١٥-٤٨. New York, Cambridge University Press, ١٩٩١

Cohen DJ: Caparule, BK; and Wetstone, H. The emergence of meanings and intentions: mother's dialogue children. Psychiatric Clinics of North America ٣(٤): ٤٨٩-٥٠٧, ١٩٨١.

Davidson EH-Gene Activity in early development, Orlando, Florida, Academic Press ١٩٨٦.

Eccles JC: The cerebral cortex: A Theory of its operation. In: Jones EG, Peters A., (eds): cerebral cortex (vol ٢), New York, plenum press ١٩٨٤.

Eisenberg L. Normal child development. In Comprehensive textbook of psychiatry; ٧th ed.,. H.I.. Kaplan, and bJ. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, ١٩٩٤.

Elkind, D.: Piagetian Psychology and the practice of child psychiatry. Journal of the American academy of Child Psychiatric, ٢١, ٥:٤٣٥-٤٤٥, ١٩٨٢.

Epstein HT: EEG developmental stages. Developmental psychobiology. ١٣: ٦٢٩-٦٣١, ١٩٨٠.

Erickson EH: Identitive verus guilt. : Identity and the Life Cycle. Psychol..Issues.١: ٧٤-٨٢, ١٩٥

Erickson EH: Childhood and Society (٢nd ed) New York, Norton ١٩٦٣.

Erickson EH: Identity and the life cycle. New York, International Universities press ١٩٥٩.

References

Erickson, EH: Eight ages of Man. Childhood and Society pp. ٢٤٧-٢٧٤. Norton New York ١٩٦٣.
Gersumi GV: temporal organization of the auditory function: In: Gersumi GV (ed) sensory processes at the neuronal and behavioral levels (Rose J. Trans) pp. ٨٥-١١٤. New York, Academic Press, ١٩٧١.
Gesell, A. The first five years of life. New York: Harper & Row, ١٩٤٠.
Greenfield P.M. Language, tools & Brain: the ontogeny and phylogeny of hierarchically organized sequential behavior. Behavioral Brain Science ١٤: ٥٣١-٥٩٥- ١٩٩١.
Lewis M. Clinical Aspects of Child Development, ٢nd edition, Lee & Febiger, Philadelphia, ١٩٨٢.
Kaplan, H., Freedman A., Sadock B., Comprehensive Textbook of Pscyhiatry, ٧ edition. William & Wilkins, Baltimore, MD, ١٩٩٤.
Hine, F., Carson R., Maddox G., Thompson R., Williams R., Introduction to behavioral science in medicine, Springer-Verlag, New York, ١٩٨٣.
Simons R. C., & Pardes, H., Understanding Human Behavior in Health and Illness, Williams & Wilkins, Baltimore, MD, ١٩٧٧.
Ingram, D. Current issues in child phonology, in D.Morehead and A. Morehead (Eds.) Normal and Deficient Child Language. Baltimore: University Park Press, ١٩٧٦
Inhelder, B. The sensory motor origins of knowledge. In Early childhood. The development of self-regulatory mechanisms, eds., D.N. Walcher and D.L. Peters, pp. ١٤١-٥٥. New York: Academic Press, ١٩٧١.
Kholberg, L., and Turiel, E. Moral development and moral education, in G. Lesser (Ed.), Psychology and the Educational Process. Chicago: Scott Foresman, ١٩٧١.
Kohlberg L. Revisions in theory and practice of moral development. In New directions in child development: moral development, ed. W. Damon. San Francisco: Jossey Bass, ١٩٧٨.
Klein M: On the development of mental functioning. International Journal Psychoanalysis. ٣٩:٨٤, ١٩٥٨.

References

Lourie R.S. The first three years of life: an overview of a new frontier of psychiatry: ١٢٧: ١٤٥٧-٦٣, ١٩٧١.

MacNamara, J., Cognitive basis of language learning in infants. Psychol. Rev. ٧٩:١-١٣, ١٩٧٢.

Mahler M,Pine F, Bergmann A: the Psychological Birth of the human Infant. New York, Basic Books, ١٩٧٥.

Mahler M.S.: The psychological birth of the human Infant: separation and individuation. New York, Basic Books, ١٩٧٥.

Mahler, Margaret S. Symbiosis and Individuation: The Psychological Birth of the Human Infant
Psychoanalytic Study of the Child. pp. ٨٩-١٠٦. Vol ٢٩ ١٩٧٤.

Morely, M. the Development and Disorders of Speech in Childhood. Baltimore: Williams & Wilkins, ١٩٦٥.

Nelson K.E. : Aspects of language acquisition and use from ٢ to age ٢٠. J. Am. Acad. Chid Psychiatry ١٦:٥٥٤-٦٠٧, ١٩٧٧.

Neubauer P.: The process of child development. New York: Jason Aronson, ١٩٧٦.

Neubauer P: The many meanings of play: Introduction. Psychoanal Study child ٤٢٠٣, ١٩٨٧.

Piaget J: The Construction of Reality in Children. New York, Basic Books, ١٩٥٤.

Piaget J: The Origins of Intelligence in Children. New York, International Universities Press, ١٩٥٢.

Piaget, J. The Language and Thought of the Child. New York: Harcourt Brace, ١٩٢٦.

Piaget, J. The Moral Judgment of the Child. London: Kegan Paul, ١٩٣٢.

Purves D., Lichtman J. Principles of Neural development. Sunderland, MA: Sinaver ١٩٨٥.

Rutter M, Graham P, Chadwick O, et al: adolescent turnoil: Fact or fiction? J Child Psychol Psychiatry ١٧:٣٥, ١٩٧٦.

Sander, Louis W., ١١ Issues in Mother-Child Interaction. Rexford, E. et. al., (eds). Infant Psychiatry-A New Synthesis pp. ١٢٧-١٤٧. Yale University Press. New Haven, Conn. ١٩٧٦.

Spitz, Rene A. VII. The Role of Mother-Child Relation in the Infant's Development. The First Year of Life: A Psychanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations. International Universities Press Inc. pp. ١٢٢-١٤٩. New York. ١٩٦٥.

Wender, PH.: Pederson, F.A.: Waldrop, M.F. Longitudinal study of early social behavior and cognitive development. Am. J. orthopsychiatry ٣٧:٦٩١-٦٩٦, ١٩٦٧.
Wender, PH.: Pederson, F.A.: Waldrop, M.F. Longitudinal study of early social behavior and cognitive development. Am. J. orthopsychiatry ٣٧:٦٩١-٦٩٦, ١٩٦٧.
Young, J.G. and Cohen, DJ.: The molecular biology of development. In Basic handbook of child psychiatry, ed. J.D. Noshpitz pp. ٢٢-٦٢. New York: Basic Books, ١٩٧٩.

الاقتراب التنموي للطفولة يركز على مراحل تنموية يمرّ بها الأطفال. لقد تمّ التوسع في نظريات عديدة حول مفاهيم تنموية متنوعة. هذه المفاهيم تستمر بمناقضة أو منافسة بعضها البعض. في هذا الفصل تمّ إيجاز نظريات متعددة ومدارس في علم النفس باختصار. وقد اختيرت هذه النظريات لأنها الأكثر تأثيراً في تشكيل فهمنا لنمو الطفل.

سيغموند فرويد - **Sigmund Freud** - النمو النفس-جنسي: ركز "فرويد" على الطاقة النفس-جنسية كنوعية تميز مراحل النمو في دورة الحياة الإنسانية. وقد وصف مترات نمو الطفل كالتالي: المرحلة الشفوية (**Oral Phase**)، منذ الولادة حتى عمر السنة، مرحلة الشرج (**Anal Phase**)، ١ إلى ٣ سنوات، المرحلة البولية (**Urethral Phase**)، ٣ إلى ٤ سنوات، مرحلة عضو التذكير (**Phallic phase**)،٤ إلى ٥ سنوات، الخفاء (**Latency**)، ٥ إلى ١١ سنة، والمرحلة التناسلية (**Genital Phase**)، ١١ إلى ٢٠ سنة.
خلال كل مرحلة يتم استكشاف النقاط المحددة بواسطة الغريزة الجنسية **libido**. وكل مرحلة تتميز بظهور قدرات جسدية وعقلية معينة تكون محددة بالفطرة. النظرة الأساسية عند فرويد هي أن التعاطي الناجح مع مراحل الطفولة ضروري جداً لوظائف طبيعية عند الكبار. وهكذا، فما يحدث عند الكبار يكون ذات نتيجة ضئيلة نسبياً.

من جهة أخرى، الوراثة في اكتشافات فرويد الثورية هي مفاهيم نشاط عقلي وصراعات بين وسائل العقل المتنوعة. أي (الوعي، ما قبل الوعي، والوعي الجزئي). على هذه الأسس تعلن الافتراضات النفس - ديناميكية إن النشاطات العقلية لا يمكن تفسيرها بدقة بواسطة ما نحن واعون لها. النشاطات العقلية اللاواعية تلعب دوراً هاماً في تحديد السلوك. لقد اظهر فرويد المعنى والهدف الذي يجب إيجاده حتى في السلوك الذي يظهر وكأنه محض صدفة أو انه تافه. لقد بين كم أن السلوك يمكن أن يحدد بواسطة دوافع تكمن خارج الإدراك، وكيف أن

القلق، الصراع، وآليات الدفاع تؤثر وتشكل أعمال الإنسان، أهدافه، مشاعره، وأفكاره. لقد وسع نظاما في علاج جملة من الأمراض النفسية عبر تقنيات الربط الحر، تفسير الأحلام، وتحليل التحولات.

فيما سبق ١٩٢٣، كانت نظرية فرويد حول الشخصية تخطيطية **(Topographic)** في أساسها. أو ارتكازا إلى أنظمة اللاوعي، الوعي الجزئي، والوعي. إضافة إلى ذلك، ادخل النظرية البنيوية **Structured** للـ"هو–**ID**"، الـ"أنا–**Ego**"، والـ"أنا العليا–**Superego**". أطلق فرويد تسمية الـ"**ID**" التي تعيني باللاتينية "هو" على الجزء الفطري من الشخصية. أن الطاقات غير المقيدة المخزونة في الـ"هو–**ID**" يقود الفرد إلى اكثر الأعمال لا مسئولية، مثل تلك التي يقوم بها مولود جديد. وحسب فرويد: "لب وجودنا، إذا، يتشكل بواسطة الـ"هو" الخفي، الذي لا علاقة مباشرة له مع العالم الخارجي والذي هو في المتناول حتى لمعرفتنا الذاتية فقط من خلال وسط أو محيط لوسيلة أخرى في العقل. وضمن هذا الـ"هو" تعمل الغرائز العضوية، التي هي بذاتها تتركب من التحام قوتين أساسيتين (حب الجنس **Eros** والهدم **Destructiveness**). بنسب مختلفة وتتميز إحداها عن الأخرى بواسطة علاقتها بالأعضاء أو بأجهزة الأعضاء. السعي الوحيد لاغير لهذه الغرائز هو تحقيق الاكتفاء، الذي يرجى الحصول عليه عبر تحويلات معينة في الأعضاء بمساعدة أشياء من العالم الخارجي... أن الـ"هو" لا يعرف أي تحذيرات من اجل البقاء ولا أي قلق، أو ربما الأصح القول، انه رغم تمكنه من إنتاج بعض عناصر حسية من القلق، إلا انه لا يتمكن من الإفادة منها أو استخدامها. إن العمليات الممكنة داخل وفيما بين العناصر العقلية المفترضة في الـ"هو" (العملية الأساسية) تختلف كثيرا عن تلك المألوفة لدينا بواسطة الإدراك الواعي في حياتنا الفكرية والعاطفية، كذلك هي ليست عرضة لقيود المنطق النقدية، التي تقضي (أو تتكر) بعض هذه العمليات كونها فاسدة وتسعى لعدم القيام بها".

وصف فرويد الأنا انه "مخلوق ضعيف يدين بالبقاء لثلاثة أسياد وتهدده باستمرار ثلاثة أخطار مختلفة، من العالم الخارجي، من شوه **libido** الـ"هو"، ومن قسوة "الأنا العليا". هو فقط في غالبية الأحيان يذعن للتجاذبات حتى يصبح متملقا، انتهازيا وكاذبا، مثل السياسي الذي يرى الحقيقة ولكنه يريد أن يحتفظ بمكانه أمام الرأي العام".

عام ١٩١٤ أدخل فرويد تعبير الأنا–المثال "الذي سمي فيما بعد الأنا العليا". تتشكل "الأنا العليا" تحت تأثيرات البيئة وتمثيل المتطلبات التي تمليها البيئة على "الأنا" والتي لا يستطيع "الأنا" أن يرقى إليها دائماً. إنها ضمير الفرد. عند الأفراد المصلحين جيداً، تلعب "الأنا العليا" دور النقد الذاتي، إنها تمثل الضمير والمعايير والنماذج التي يوافق عليها المجتمع، "الأنا العليا" تمثل الرمز الأخلاقي للفرد.

إن "الأنا العليا" الراشدة يجب أن تتخطى الممنوعات الأهلية البدائية. أما "الأنا العليا" للطفل الصغير فتمثل:"ليس مجرد شخصيات الأهل ذاتهم بل أيضا تقاليد الشعب، الأمة، والعائلة التي تنتقل عبرهم إضافة إلى المتطلبات الفورية للبيئة الاجتماعية التي يمثلونها. بنفس الطريقة، تأخذ "الأنا العليا" للفرد مساهمات ممن يخلق أهله وينوب عنهم، مثل المعلمين، الرموز المثيرة للإعجاب في الحياة العامة، أو المثاليات الاجتماعية العليا، خلال دورة نموه".

آنا فرويد **Anna Freud**- خطوط تنموية– ترتكز آنا فرويد في النمو على مفهوم الخطوط التنموية. هذه الخطوط تتضمن التقدم من الاتكالية إلى الاستقلالية، من تركز الذاتية الى روح الجماعة، من الانهماك بالجسد والألعاب إلى العمل، وخط سيادة على جسد الشخص ذاته.

أن خط آنا فرويد من تركز الذاتية إلى روح الجماعة يمكن وصفه بالتسلسل التالي:
عمر ١ إلى ٢– يوصف الطفل بأنه يمتلك نظرة نرجسية أنانية موجهة إلى أشياء العالم المادي حيث ينظر إلى غيره من الأطفال وكأنهم مصدر إزعاج لعلاقة الأم– الطفل.

عمر ٢ إلى ٣– التعاطي مع الأطفال الآخرين وكأنهم أشياء لا حياة فيها، العاب يمكن الإمساك بها أو دفعها فيما حولنا.

عمر ٣ إلى ٤– التعاطي مع الأطفال الآخرين كزملاء مساعدين في إتمام واجب مطلوب، وتستمر علاقة الشراكة طالما استمر الواجب وتكون ثانوية بالنسبة إليه.

عمر ٤ إلى ٥- التعاطي مع الأطفال الآخرين وكأنهم شركاء أو أشياء لها حقها الخاص، حيث يمكن للطفل أن يعجب، يخاف، أو يتنافس معها.

خلال المرحلتين الأولى والثانية، الطفل بالقوة ليس اجتماعيا. المرحلة الثالثة تمثل المتطلبات الأدنى للاجتماعية وتأتي فقط بعد بسط بعض الأمان في علاقة الأم-الطفل. يكون الطفل عندها بين سن الثالثة والرابعة. هكذا، فإن كلاً من الخطوط أعلاه لها نماذج معايير تحددها مهاً مركبات نضج وناتج مرغوب يناسب كل مجتمع بمفرده. هناك أطفال على أي حال، وبسبب تأثيرات متنوعة، قد يصبحون مقيدين خلال دورة نموهم بواحد أو اكثر من هذه الخطوط. المراهقون أو الأطفال قد يختبرون صراع الأدوار بسبب صعوبات في انتقالهم أو تحولهم من الارتباط بالأهل، الموجهين، أو غيرهم من النماذج المناسبة.

أوجزت آنا فرويد أيضا أربع خصائص عامة كعناصر مرسّخة للنمو الصحي الجيد للأطفال، ما يعني قدرة عالية للفشل، طاقة تسام مرتفعة، استراتيجيات فاعلة في تدبر القلق وميول تقدم كمضاد للتقهقر.

لقد رأت النمو كشارع بطريقين مع طاقة لكلٍ منهما أما للتقدم أو للتقهقر تتماشى مع خطوط تنموية خاصة ومنفصلة.

مارغريت ماهلر - **Margaret Mahler**- نظريات مارغريت ماهلر ترى مزعجات الطفولة كقيود تنموية أو تراجعات. في مرحلة التكافل (التعايش) منذ الولادة حتى ٤ اشهر) يصبح الارتباط مع الأم امتداداً للطفل في سعي لتحقيق الراحة. يتأثر الاتصال اللاشفوي. في مرحلة الانفصال - الفردية هناك أمران تنمويان، أحدهما هو إحساس بالانفصال عن الأم مع إرساء روابط معها، ولكن لا روابط حتى الآن تميز الذات عن الآخرين. أما الثاني فهو إحساس بالفردية حيث يحس الطفل الأشياء وينمي مسؤوليات حركية "المشي" ويبدأ بتنمية طراز مكافح وصورة ذاتية.وهناك أربعة مراحل جزئية في مرحلة الانفصال - الفردية:

١- الاختلاف **Differentiation**- (٥ إلى ١٠ أشهر)- الطفل يزحف، يتحرك بعيداً عن أمه وهناك عملية ترميز بين الأم والطفل. تستخدم الحواس لحكم في الانفصال.

٢- الممارسة - **Practicing** (١٠ إلى ١٨ شهرا)- يطور الطفل مشـيه ويمتلـك القدرة للحركة المستقبلية. هذا يكون أحيانا أسرع من الجهوزية العاطفيـة. ليـس هناك ذاكرة ثابتة حتى ١٨ شهرا. يمكن للطفل أن يلاحظ الوجه، ولكنه لا يتمكـن من استعادته في غيابه. فالأشياء توجد عندما ترتطم بالحواس. يحدث نمو للنماذج، الطفل يبكي فيحصل على الحليب. يمكنه ملاحظة الاخفاقات في النماذج المتوقعة

٣- استمرار الممارسة - **Still practicing** - (١٢ شهرا)- يبدأ الطفل باسـتخدام الأشياء المتحولة عندما يتحرك بعيدا عن أمه.

٤- إرساء استمرارية الأشياء - **Establishment of object permanence**- (١٨ شهرا)- يمتلك الطفل القدرة للاستعادة كمـا للملاحظـة. لـدى الطفـل ذاكـرة استحضارية يمكنها استرجاع الصورة عندما لا تكون الأم موجودة- هذه علامـة قاسية في النمو وعلاقتها ضئيلة بالإرضاع.

مرحلة التقارب هي من ١٨ إلى ٢٤ شهرا- هناك طاقة حركية للتحرك بعيدا عـن الأم. يحتاج الطفل إلى رموز اقل. يحتاج إلى الحركة ذهابا وإيابا كي يذكر لذاتـه استمرارية العناية.

استمرارية الأشياء (٢٤ إلى ٣٦ شهرا)- هناك تثبيت لاختبار الواقع- إذا كـانت هذه المرحلة قد أنجزت دون ازعاجات يحس الطفل شعورا جيدا حول الاسـتقلالية الراضية للام، ويتمكن من احتمال الفشل دون شعور بأنه مهدد بـالتخلي. يتمكـن الطفل أيضا من الإحساس بالتناقض الوجداني دون أن يفصل بين الجيـد مقـابل السيئ.

ميلاني كلاين - **Melanie Klein**- نظرية علاقات الأشـياء- أظـهرت ميلانـي كلاين نظرية العلاقات الداخلية للأشياء التي ترتبط وثيقا بالدوافع. كان من المعتقـد أن القلق المعذب للطفل يرتبط بوضع الزوراني - الفصامي **Paranoid-Schizoid position**. هذا الوضع هو أسلوب الطفل الرضيع في تنظيم تجربة حيـث جميـع توجهات الأم والرضيع تنفصل إلى عناصر جيدة وسيئة. ويصل الطفل إلى وضع

الإحباط عندما يرى الأم بتناقض لأنها تمتلك توجهات سلبية وإيجابية معا ولكونـــها هدف لمزيج من مشاعر الحب والكرة.

كانت "كلاين" أيضا تطبيقية في تحليل نمو الطفل واستخدام تقنيات اللعـــب حيـث يستعمل الأطفال دمى والعابا تمثل رموزا لمحلل بتكوين تفســيرات حـول هــذه الألعاب.

دونالد وينيكوت - **Donald Winnicott**- نظرية علاقات الأشياء- كان وينيكـوت أحد أهم الرموز في تطوير نظرية علاقات الأشياء. نظرية في التنظيــم المركـب للذات تتضمن الذات الحقيقية، التي تنمو في سياق بيئة استجابية مسؤولة توفرها أم صالحة.

كرس منظرو علاقات الاشياء مجمل اهتمامهم تقريبا بالأشــياء- أي الأشــخاص، اكثر منهم الدوافع والغرائز. هكذا، فالصراعات الأساسية في الحيــاة العاطفيــة لا تطغ بين "الأنا" والواقع أو "الأنا" والدوافع، إنما بيــن الــذات والآخريــن. طــور وينيكوت أيضا مفهوم الشيء المتحول. عادة الملهاة، الحرام، أو الدبدوب، الشـــيء المتحول يخدم كبديل عن الأم خلال سعي الرضيع لينفصل ويصبح مستقلا. فـــهو يؤمن حسا مهدئا من الأمان في غياب الأم.

هاينز كوهت- **Heinz Kohut**- سيكولوجية الذات- اكثر مـــا يعــرف كوهــت بتطويره لسيكولوجية الذات. حسب هذه النظرية، تحافظ الذات على تماسكها عــبر علاقاتها بالآخرين. إن حفظ تقدير الذات وتماسك الذات تعتبر اكثر أهميـــة مــن الجنسانية أو العدائية. يولد الأطفال مع حاجات اكثر منهم مـــع دوافــع غريزيـــة. يصبح الأهل أشياء ذاتية لأطفالهم بواسطة تلبيهم لوظائف تنظيم الــذات وتماســك الذات. ويكتسب الطفل حسا صحيا حول كيانه (من هو) عبر رؤيـــة ذات واحــدة تنعكس كمرآة من الآخرين بدقة وتعاطف. كتب كوهت أن الفشل التعــاطفي عنــد الأم يقود إلى نمو قيود في مرحلة محددة عندما يحتاج الطفل لاستخدام الآخريـــن لتأدية وظائف أشياء الذات. كذلك، يقود الفشل التعاطفي عنــد أشــخاص مــهمين آخرين ينتج جرحا نرجسيا وفشلا في تطوير حس صحي ودقيق بالذات، يتضمــن أساسيا طاقة متصدعة للتعاطف مع الآخرين.

جوني باولبي- John Bowlby- أرجع باولبي المراحل الاستجابية المحددة بيولوجياً لخسارة رابطٍ شخصي. الرضيع يحتاج أن يكون قريباً من أمه أو من يوازيها من اجل الأمان والقوت. يصبح الانفصال اكثر احتمالاً تدريجياً مع نمو الطفل - عندما يُفصل الطفل فجأة عن أمه، تكون النتيجة استجابة انفصالية. أولاً، الاعتراض الغاضب بينما يحاول الطفل أن يجد أمه ويلفت انتباهها، ثم اليأس وأخيرا التشتت اللاتعاطفي. إن خسارة الرابط بين الطفل وأمه هو "حدث الخروج" الأقصى، ويمكن رؤية الأعراض كنوع من اللوعة أو الإحباط.

بياجيه - Piaget- النمو الادراكي- تركز نظرية بياجه في النمو السيكولوجي على تنظيم النمو الادراكي. إن فترة الذكاء الحسي- الحركي Sensorimotor intelligence- تمتد منذ الولادة حتى السنتين. وتتضمن النشاطات والمنجزات اكتشاف الرضع للعالم عبر انطباعاتهم الحسية، نشاطاتهم الحركية والتنسيق. انهم يتعلمون أن الأشياء توجد حتى لو لم تكن مرئية وأنها مستقلة عن أفعال الرضيع ذاته.

تمثيل ما قبل الفاعلية Preoperational representation يمتد من السنتين حتى ٧ سنوات. الأطفال لا يتمكنون حتى الآن من التفكير بصور ورموز والبناء على أسسها. ثم يتمكنون من تمثيل شيء بشيء آخر. يكتسبون اللغة. يلعبون العاب الادعاء، ويمزجون الواقع بالخيال.

التفكير البديهي - Intuitive Thought - هو من ٤ إلى ٧ سنوات. في هذه الفترة يسمى الذكاء بديهيا لان الأطفال لا يتمكنون من صنع إفادات عامة. يتراجع التركز الذاتي حينما يصبح الأطفال قادرين على اخذ الأشخاص المرئيين الآخرين في الحسبان.
يبدأون بالتفكير الجماعي ورؤية العلاقات، ولكنهم يتمكنون من التماشي مع كل تصنيف واحدٍ بمفرده. ويمكنهم حل بعض إشكاليات السبب والنتيجة.العمليات الثابتة-Concrete operations- تمتدّ من ٧ إلى ١١ سنة. يمكن للأطفال فهم الأسس المنطقية التي تنطق على الأشياء الخارجية الثابتة. يمكنهم التفكير بالشيء ضمن عملية كونه متحولاً اكثر من التفكير به كمجرد حالة موجودة. يمكنهم

استيعاب اكثر من توجه واحد لأي وضع، وتقدير أن خصائص معينة لشيء تبقى كما هي رغم التغييرات في المظهر، وتصنيف الأشياء في فضائل. يمكنهم تحمل مفهومين مثل أطول واقصر معاً في وقت واحد.

العمليات الأساسية **Formal operations**– هي فترة ما بعد ١١ سنة. المراهقون والكبار يمكنهم التفكير بتجرد. من الآن فصاعداً ليس تفكيرهم مقيداً بمعطيات الوضع الحالي لكنه يمكن أن يعمل بإمكانيات واحتمالات. هم يأخذون الحقيقة كتوجه واحد حول ما يمكن أن يكون. يمكن للمراهقين تخيل عوالم أخرى، خصوصاً المثالية منها. يمكنهم أن يعقلوا إفادات منطقية أو شفوية صرف. يصبحون منغمسين بفاعلية في عالم الأفكار ويعكسون نشاطهم الخاص في التفكير. ويمكنهم بناء أنظمة كاملة من المعتقدات.

ستيلا تشيس – **Stella Chess**– المزاجية– حسب تشيس وثوماس إن الأطفال قد بنوا أساليبهم مثل مستوى النشاط، الإيقاعية، اللهو، المثابرة، الطاقة، التكيف، المزاج، المدخل الحسي، والأقدام–التراجع. هذه الأساليب المميزة مستقلة عن محتوى أي تصرفات محددة. إذا، المزاجية تعبير يستخدم لوصف نزعات وميول خاصة وهناك بحث لدعم ثبات هذه الخصائص المزاجية.

الفضائل التسعة للمزاجية مع وصف مختصر لكل منها يظهرها الجدول رقم ١

جدول رقم ١

تسعة خصائص للمزاجية

مستوى النشاط	**كيف هو نشاط الطفل عامة، منذ سن مبكرة؟ سرعة حركته.**
اللهو	ما مدى سهولة الهاء الطفل؟ هل يمكنه الانتباه؟
المثابرة	هل يبقى الطفل متمسكا بشيء يحبه؟ ما مدى مثابرته أو عناده عندما يريد شيئا ما؟
التكيف	كيف يتعامل مع الطفل مع التحول والتغيير؟
التقدم - التراجع	ما هي استجابات الطفل الأولية للأشياء الجديدة - أماكن جديدة، أناس جدد، طعام جديد، ثياب جديدة؟
الطاقة	ما مدى ضجيج الطفل عامة، سعيدا كان أم لا؟ ما سعة طاقته؟
الإيقاعية	ما مدى تكهن الطفل بالنسبة لنومه، شهيته، وتبوله؟
المدخل الحسي	كيف يستجيب الطفل للمثيرات الحسية: ضجة، أضواء لامعة، ألوان، روائح، المن تذوق؟ هل ينزعج بسهولة؟ هل يثور بسهولة؟
المزاج	ما هو المزاج الأساسي للطفل؟ هل تسيطر استجاباته السلبية أم الإيجابية؟

بواسطة فهم هذه الخصائص التسعة، يمكن تصنيف أي مزاجية طفل موجودة في طل خانة بالتسلسل من الأكثر سهولة إلى الأكثر صعوبة. على أي حال، لقد تبين أن ٣ مجموعات رئيسية هي ذات أهمية في مرحلة الطفولة. هذه هي الطفل السهل، الطفل الصعب، والطفل البطيء الإحماء **Slow-to-warm-up**.

بشكل عام يمكن تقدير أي طفل في كل خانة كما يظهر في الجدول رقم ٢

جدول رقم ٢

تقدير المزاجية

ميزة المزاجية	سهل	صعب
مستوى النشاط	منخفض	مرتفع
اللهو	منخفض	مرتفع
المثابرة	جيدة	ضعيفة
التكيف	جيد	ضعيف
تقدم - تراجع	تقدم	تراجع
الطاقة	منخفضة	مرتفعة
الإيقاعية	منتظمة	غير منتظمة
المدخل الحسي	مرتفع	منخفض
المزاج	إيجابي	سلبي

أريك اريكسون - **Eric Erikson** - النمو النفسي الاجتماعي- ترتكز نظرية اريكسون حول النمو النفسي الاجتماعي على قاعدة النشوء اللابنيوي **Epigenetic**. هذه القاعدة تفترض أن أي شيء ينمو له خطة، وكل جزء منه له وقت للهيمنة وهو ككل اعظم من مجموع أجزائه.

أوجز اريكسون ٨ مراحل للنمو النفسي الاجتماعي كما يظهر الجدول رقم **٣** أسفله:

جدول رقم ٣

مراحل أريكسون الثمانية للنمو النفسي الاجتماعي

المرحلة ١	من الولادة حتى السنة	الثقة ضد أو مقابل اللاثقة. حس شفوي **Oral-Sensory.**
المرحلة ٢	١ إلى ٣ سنوات	تلقائية ضد الشل والعار. الشرج-العضل **Muscular-anal.**
المرحلة ٣	٣ إلى ٥ سنوات	الانطلاق مقابل الذنب. آلية حركية- تناسلية. **Locomotor-genital.**
المرحلة ٤	٥ إلى ١١ سنة	الصناعة مقابل الدونية. الخفاء **Latency.**
المرحلة ٥	١١ إلى ٢٠ سنة	تحقيق الهوية مقابل الالتباس. النضج الجنسي **Puberty.**
المرحلة ٦	٢٠ إلى ٣٥ سنة	المودة مقابل الانعزال. الشباب اليافع **Young-Adulthood.**
المرحلة ٧	٣٥ إلى ٦٠ سنة	الإنتاج مقابل الركود. الرشد **Adulthood.**
المرحلة ٨	اكثر من ٦٠ سنة	الترابط مقابل اليأس. النضوج **Maturity.**

تتميز المرحلة الأولى بمعضلة نفسية اجتماعية حول الثقة مقابل عدم الثقة وموضوعها الأساسي هو التبادلية **Mutuality** مع المعتنين. في المرحلة الثانية المعضلة النفسية الاجتماعية هي التلقائية مقابل العار والشك والموضوع الأساس هو المماثلة **Initiation** . المرحلة الثالثة تتميز بمعضلة الانطلاق مقابل الذنب والموضوع الأساس هو تحقق الهوية **Identification** . سن الدراسة هي المرحلة الرابعة لنمو الطفل حيث المعضلة النفسية الاجتماعية هي الصناعة مقابل الدونية والعملية الأساسية هي الثقافة **Education.**

خلال المراهقة (المرحلة الخامسة) تصبح المعضلة النفسية الاجتماعية هي الهوية مقابل التباس الهوية والموضوع الأساس هو ضغط الأقران واختبار الأدوار **Peer pressure and role experimentation.** في المرحلة السادسة، مرحلة الشباب

اليافع، المعضلة النفس-اجتماعية هي المودة مقابل الانعزال والعملية الأساسية هي التبادلية بين الأقران **Mutuality among peers**. خلال متوسط الحياة (المرحلة السابعة)، المعضلة النفسية الاجتماعية هي الإنتاج مقابل الركود والعملية الأساسية هي الإبداع **Creativity**. في المرحلة الأخيرة، المعضلة النفسية الاجتماعية هي الترابط مقابل اليأس والعملية الأساسية هي الاستبطان **Introspection**.

نظرية التعليم- **Learning theory**- في هذه النظرية، الصحة النفسية كما المرض النفسي هي نتيجة التعلم، أي أن التصرف يكتسب عبر المكافآت. تؤكد النظرية على الحاجة إلى التعزيزات، التي تحدد بأنها مثيرات تسبب إعادة الفعل.

في النظرية الكلاسيكية للتأقلم لـ بافلوف **Classical Conditioning**- يمكن للمثير الذي استخرج التصرف سابقا أن يستبدل بمثير آخر إذا اصبح هذا المثير مرتبطاً الأول.

حسب نظرية **B.F.Skinner's** التأقلم الاداتي **Operant (Instrumental) Conditioning Theory**، يعمل الأفراد لمحيطهم بإظهار عدة تصرفات. بعض هذه التصرفات تكافأ فتصبح اكثر تكراراً. أما الانقراض فيجلبه وقف التعزيزات. والتصرف الذي يكافأ جزئياً أو عشوائياً هو اكثر مقاومة للانقراض.

المتغير الخاص في نظرية التعلم أو التصرف يرتكز إلى مفهوم تعلّم الشعور فقدان المساعدة **Learned helplessness**، تقترح هذه النظرية أن الأفراد المحبطين قد فقدوا كل قناعة انه يمكنهم تغيير أي شيء لانهم سبق وتعرضوا لفترة طويلة جداً لشروط عكسية خارجة عن سيطرتهم.

النظريات البيولوجية-التناسلية **Biological-Genetic Theories**- حسب النظريات البيولوجية، أن الأمراض الجسدية ونمو الشخصية يمكن فهمها بأفضل ما يكون بدراسة الهبة التناسلية والعمليات البيولوجية. على أي حال، تتأثر بيولوجية الطفل بشرط نفس-اجتماعية مثل السلوك العائلي كما بالعلاقات بأشخاص آخرين مهمين.

الملحق أ

بيان آرنولد غيزيل "Arnold Gesell's" التنموي

غيزيل– يتضمن الملحق أسفله جدولاً حول نمو الطفل حسب **غيزيل**. التركيز هنا على النمو العصب–حركي، الاجتماعي، اللغوي والعقلي.

مرحلة النمو	السن	غيزيل
المولود الجديد	حين الولادة	
الرضيع	شهر واحد	ردة فعل عامة للمثيرات. يركز عيونه على الشيء ويراقب الشخص.
	شهران	تتبع العينان الشيء المتحرك.
	٤ اشهر	يجلس دون مساعدة. يحاول الوصول إلى الخشخيشة.
	٦ اشهر	يجلس بصلابة. يهدل للشخص.
	١٠ اشهر	يقف إذا ساعدناه. يشير بسبابته. يلعب "اختلاس النظر، **Peek-a-boo** ويلوح مودعاً. يعرف الأسماء التي تتردد كثيراً مثل اسمه واسم من يكبره أو اسم حيوان أليف.
	١٥ شهراً	يقف ويمشي بمفرده. يسمي الأشياء.
طفل يحبو	١٨ شهراً	يضع المركبات في مكانها المحدد. يستكشف الجوارير والمفروشات.
	سنتان	يلعب التقاط ورمي الطابة. يمكنه الركض. يصعد الأدراج بالاستناد إلى الحافة. يستعمل جملاً بسيطة. يقلد الآخرين بطي ورقة مرة واحدة. يصغي إلى القصص الموضحة بالصور.
ما قبل المدرسة	٣ سنوات	يخبر إذا كان صبياً أو بنتاً. يمشي إلى الخلف، ينسخ دائرة. يمكنه نزول الأدراج بمفرده.
	٤ سنوات	يستخدم المقص. يعد حتى أربعة. ينسخ مربعاً. يلعب مع غيره.

تتمة الملحق أ

بيان آرنولد غيزيل "Arnold Gesell's" التنموي

مرحلة النمو	السن	غيزيل
	٥ سنوات	يميز الأثقل من الأوزان. يكرر جملة من عشرة مقاطع.
الأحداث	٦ سنوات	يصف الأشياء العامة. يطيع أوامر مركبة بنجاح. يبين يده اليمنى وأذنه اليسرى.
	٨ سنوات	يعرف المماثل والمختلف بين شيئين من ذاكرته. يعد رجوعاً من ٢٠ حتى ١ . يعد أيام الأسبوع.
المراهقة	النضج الجنسي	يستمر بأسلوب مماثل ولكن معقد خلال المراهقة.

References

Anthony BJ: In the blink of an eye: Implications of reflex modification for information processing: In: Ackles PK, Jennings JR, Coles MGH, (eds): Advances in psychophysiology (Vol I). Greenwich, London, JAI press, ١٩٨٥.

Ausubel, D., Sullivan, E. "Moral Development: in Theory and Problems of Child Development, D. Ausubel & E. Sulivan, Grune & Stratton, pp. ٤٦٥-٤٨٤. New York, ١٩٧٠.

Baker H.S., Baker M.N.: Heinz Kohut's self psychology: An overview. Am J Psychiatry ١٤٤:١, January ١٩٨٧.

Baldwin, A. : Social-learinng theory of child development, in A.L. Baldwin (Ed., Theories of Child Development. New York: Wiley, ١٩٦٨.

Beiser H.R. on curiosity: A developmental approach. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, September ١٩٨٤, ٢٣(٥), ٥١٧-٢٤٥.

Bemporad, J.R.; Child development in normality and psychopathology: New York: Brunner/Mazel Inc., ١٩٨٠.

Bench J: the auditory response. In: Steve V. (ed) Perinatal physiology. New York, Plenum, ١٩٧٨.

Berlin, I., Bibliography of child psychiatry. New York: Human science press, ١٩٧٦.

Bloom. L., Language development review. In Review of child development and research, ed. F.R. Horowotz. Chicago: University of Chicago Press, ٢٤٥-٣٠٣, ١٩٧٥.

Bornstein MH: Perceptual development across the life cycle. In: Bornstein MH, Lamb ME (eds): developmental psychology: An Advanced Textbook (٣rd ed), Hillsdale, NJ, Erlbaum, ١٩٩٢.

Bowlby J: A Secure Base. New York, Basic Books, ١٩٨٨.

Bowlby J: Attachment and Loss. Vol ١: Attachment. New York, Basic Books, ١٩٦٩.

Bowlby J: Attachment and Loss. Vol ٢: Separation. New York, Basic Books, ١٩٧٣.

Bowlby J: Attachment and Loss Vol ٣: Loss. New York, Basic Books, ١٩٨٢.

Brazelton, T. Berry and Als, Heidelise, Four Early Stages in the

References

Development of Mother-Infant Interaction. The Psychoanalytic Study of the Child ٣٤: pp. ٣٤٩-٣٦٩. Yale University Press. New Haven. ١٩٦٩.

Brody S.: Psychoanalytic theories of infant development and its disturbances: A critical evaluation. Psychoanalytic quarterly pp. ٥٢٦-٥٩٦, ١٩٨٢.

Brown, R., and Bellugi, U. Three processes in the child's acquisition of syntax. Harv. Educ. Rev. ٣٤:١٣٣-١٥١. (١٩٦٤).

Bruner, j. Organization of early skilled action. Child Development. ٤٤:١-١١. (١٩٧٣)

Bruner, J., Oliver, R., and Greenfield, M. Studies in Cognitive Growth. New York: Wiley, ١٩٦٦.

Caims, G.F., and Butterfield, E.C. Assessing infants'auditory functioning, in B.F. Friedlander, et al. (Eds.), Exceptional Infant: Assessment and Intervention, vol.٣. New York: Brunner/Mazel, ١٩٧٥.

Camichael. L. The onset and early development of behavior. In manual of child psychology. Vol. ١ ,٣rd ed. pp. ٤٤٧-٥٦٣. New York: wiley, ١٩٧٠.

Changeux J-P: A critical view of neuronal models of learning and memory. In: Anderson P(ed): Memory Concepts: Elsevier, ١٩٩٣.

Chess S, Thomas A: temperament in clinical practice. New York, Guilford Press, ١٩٨٦.

Chess, S. Temperament in the normal Infant. In Children with learning problems: readings in developmental interaction approach, eds S.G. Sapin and A.C. Nitzburg, pp. ٢٩١-٣٠١. New York. Brunner/Mazel, ١٩٧٣.

Chess, Thomas A: Origins & evolution of behavior disorders. New York, Brunner/Mazel, ١٩٨٤.

Cicchetti D: Ganiban J, Barnett D: Contributions From the Study of High Risk populations to understanding the development of emotion regulation. In garber J, Dodge RA (eds): The development of emotion regulation and dysregulation. Pp. ١٥-٤٨. New York, Cambridge University Press, ١٩٩١.

References

Cohen DJ: Caparule, BK; and Wetstone, H. The emergence of meanings and ntentions: mother's dialogue children. Psychiatric Clinics of North America ٣(٤): ٤٨٩-٥٠٧, ١٩٨١

Davidson EH-Gene Activity in early development, Orlando, Florida, Academic Press ١٩٨٦.

Eccles JC: The cerebral cortex: A Theory of its operation. In: Jones EG, Peters A., (eds): cerebral cortex (vol ٢), New York, plenum press ١٩٨٤.

Eisenberg L. Normal child development. In Comprehensive textbook of psychiatry; ٧th ed.,. H.I.. Kaplan, and bJ. Sadock. Baltimore: Williams & Wilkins, ١٩٩٤.

Elkind, D.: Piagetian Psychology and the practice of child psychiatry. Journal of the American academy of Child Psychiatric, ٢١, ٥:٤٣٥-٤٤٥, ١٩٨٢.

Epstein HT: EEG developmental stages. Developmental psychobiology. ١٣: ٦٢٩-٦٣١, ١٩٨٠.

Erickson EH: Identitive verus guilt. : Identity and the Life Cycle. Psychol..Issues.١: ٧٤-٨٢, ١٩٥٩.

Erickson EH: Childhood and Society (٢nd ed) New York, Norton ١٩٦٣.

Erickson EH: Identity and the life cycle. New York, International Universities press ١٩٥٩.

Erickson, EH: Eight ages of Man. Childhood and Society pp. ٢٤٧-٢٧٤. Norton New York ١٩٦٣.

Flavell J.H. The developmental psychology of Jean Piaget, pp. ١٥٠-٦٣. New York: Van Nostrand, ١٩٦٣.

Fraiberg, Selma ٤: The Magician; ٥: Education Toward Reality. The Magic Years Scribners. pp. ١٠٧-١٧٦. New York ١٩٥٩.

Freud A. The concept of developmental lines. In the process o fchild development, ed. P. Neubauer.
New York: Jason Aronson, Inc., ١٩٧٦.

References

Freud A: The Writings of Anna Freud. Vol ٦: Normality and Pathology. New York International Universities Press, ١٩٦٥.

Freud S. (١٩٢٣): The Ego and the Id The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. ١٩ pp. ٣-٦٣. London, The Hogarth press ١٩٦٢.

Freud S. (١٩٢٣): The Ego and the id standard edition. London, The Hogarth press ١٩٦١.

Freud S. The dissolution of the Oedipus complex. In Standard Edition. London: Hogarth Press, ١٩٥٣ (١٩): ١٧٣-١٧٩, ١٩٥٣.

Freud S: an outline of psychoanalysis. New york, Norton ١٩٤٠.

Freud S: Beyond the pleasure principle. In: Strachey J(ed): The Standard Edition of the Complete Psychgological Works of Sigmund Freud (Vol ١٨ London, Hogarth Press, ١٩٧٤a. (Originally published ١٩٢٠).

Gersumi GV: temporal organization of the auditory function: In: Gersumi GV (ed) sensory processes at the neuronal and behavioral levels (Rose J. Trans) pp. ٨٥-١١٤. New York, Academic Press, ١٩٧١.

Gesell, A. The first five years of life. New York: Harper & Row, ١٩٤٠.

Greenfield P.M. Language, tools & Brain: the ontogeny and phylogeny of hierarchically organized sequential behavior. Behavioral Brain Science ١٤: ٥٣١-٥٩٥-١٩٩١.

Ingram, D. Current issues in child phonology, in D.Morehead and A. Morehead (Eds.) Normal and Deficient Child Language. Baltimore: University Park Press, ١٩٧٦

Inhelder, B. The sensory motor origins of knowledge. In Early childhood. The development of self-regulatory mechanisms, eds., D.N. Walcher and D.L. Peters, pp. ١٤١-٥٥. New York: Academic Press, ١٩٧١.

References

Jossetyn, I.M. Concepts related to child development in the oral stage. J.Am. Acad. Child Psychiatry:
١:٢٠٩-٢٤, ١٩٦٢.

Kagan J. Preface; Chapter ١ - Guiding themes in human development. The nature of the child, xi-٢٤. New York: Basic Books, ١٩٨٤.

Kagan, J. The form of early development. Arch. Gen. Psychiatry ٣٦:١٠٤٧-٥٤, ١٩٧٩.

Kagan, J. The Nature of the Child. Book Review. Amer. J. Orthopsychiatry ٥٦(١). Jan ١٩٨٦, pp. ١٥٣-١٥٥.

Kholberg, L., and Turiel, E. Moral development and moral education, in G. Lesser (Ed.), Psychology and the Educational Process. Chicago: Scott Foresman, ١٩٧١.

Kohlberg L. Revisions in theory and practice of moral development. In New directions in child development: moral development, ed. W. Damon. San Francisco: Jossey Bass, ١٩٧٨.

Klein M: On the development of mental functioning. International Journal Psychoanalysis. ٣٩:٨٤, ١٩٥٨.

Kohut H: The analysis of the self. New York, International Universities Press, ١٩٧٧١.

Kramer, Y., and Rosenblum, L. Responses to frustration in one-year-old infants. Psychosom. Med. ٣٢:٢٤٣-٢٥٧, ١٩٧٠.

Kraus, P.E: Yesterday'schildren: a longitudinal study of children from kindergaten into adult years
New York: Wiley, ١٩٧٣.

Levy, David - Oppositional Syndromes and Oppositional Behavior. In Harrison, S. and McDermott, J. (eds.) Childhood Psychopathology International Universities Press. Pp. ٣٤٠-٣٥٩. New York ١٩٧٥.

Lieberman AF, Paul JH: clinical applications of attachment theory. In Belsky J, Nezworski T(eds): clinical Implications of attachment. Hillsdale; NJ, Erlbaum, ١٩٨٨, pp. ٣٢٧-٣٥١.

References

Lieberman AF, Weston DR, Paul JH: Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. Child development ٦: ١٩٩-٢٠٩.

Lourie R.S. The first three years of life: an overview of a new frontier of psychiatry: ١٢٧: ١٤٥٧-٦٣, ١٩٧١.

MacNamara, J., Cognitive basis of language learning in infants. Psychol. Rev. ٧٩:١-١٣, ١٩٧٢.

Mahler M,Pine F, Bergmann A: the Psychological Birth of the human Infant. New York, Basic Books,
٩١٧٥.

Mahler M.S.: The psychological birth of the human Infant: separation and individuation. New York, Basic Books, ١٩٧٥.

Mahler, Margaret S. Symbiosis and Individuation: The Psychological Birth of the Human Infant
Psychoanalytic Study of the Child. pp. ٨٩-١٠٦. Vol ٢٩ ١٩٧٤.

Morely, M. the Development and Disorders of Speech in Childhood. Baltimore: Williams & Wilkins, ١٩٦٥.

Nelson K.E. : Aspects of language acquisition and use from ٢ to age ٢٠. J. Am. Acad. Chid Psychiatry ١٦:٥٥٤-٦٠٧, ١٩٧٧.

Neubauer P.: The process of child development. New York: Jason Aronson, ١٩٧٦

Neubauer P: The many meanings of play: Introduction. Psychoanal Study child ٤٢:٣, ١٩٨٧.

Pavlov IP: Conditioned Reflexes: an investigation of the physiological Activities of the cerebral cortex.
London, Oxford University Press ١٩٢٧.

Pavlov IP: The scientific investigation of the psychical faculties or processes in the higher animals. Science ٢٤: ٦١٣-٦١٩, ١٩٠٦.

Piaget J: The Construction of Reality in Children. New York, Basic Books, ١٩٥٤.

References

Piaget J: The Origins of Intelligence in Children. New York, International Universities Press, ١٩٥٢.

Piaget, J. The Language and Thought of the Child. New York: Harcourt Brace, ١٩٢٦.

Piaget, J. The Moral Judgment of the Child. London: Kegan Paul, ١٩٣٢.

Piajet: The origins of intelligence in children. New York, International Universities Press ١٩٥٢.

Purves D., Lichtman J. Principles of Neural development. Sunderland, MA: Sinaver ١٩٨٥.

Rutter M, Graham P, Chadwick O, et al: adolescent turnoil: Fact or fiction? J Child Psychol Psychiatry ١٧:٣٥, ١٩٧٦.

Sander, Louis W., ١١ Issues in Mother-Child Interaction. Rexford, E. et. al., (eds).

Infant Psychiatry-A New Synthesis pp. ١٢٧-١٤٧. Yale University Press. New

Haven, Conn. ١٩٧٦.

Silver LB: The Playroom diagnostic evaluation of children neurologically-based learning disabilities. J Am Acad Child Psychiatry ١٥:٢٤٠-٢٥٦,

١٩٧٦.

Simon B, Apfel R (eds): Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence. New Haven, CT, Yale University Press, in press.

Skinner BF: Science and human behavior. New York, Free Press ١٩٥٢.

Skinner B.F: The behavior of organisms. New York, Appleton-Century crofts ١٩٣٨.

Skinner, B.F. : Contingincies of Reinforcement: A Theoretical Analysis, New York: Appleton-Century-Crofts, ١٩٦٩.

Solnit AJ, Nordhaus B, Lord R: When Home is No Haven, CT, Yale University Press, ١٩٩٢.

Solnit AJ: A psychoanalytic view of play. Psychoanal Study Child ٤٢:٢٠٥, ١٩٨٧.

Spitz R: The First Year of life, New York, International Universities Press, ١٩٦٥.

Spitz, Rene A. VII. The Role of Mother-Child Relation in the Infant's Development.

References

The First Year of Life: A Psychanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations. International Universities Press, Inc. pp. ١٢٢-١٤٩. New York. ١٩٦٥.

Spitz, Rene A.: Hospitalism, Psychanalytic Study of the Child, Vol I pp. ٦٤-٧٠, International Universities Press, New York, ١٩٤٥

Stern D.N. Preface; Chapter I, Exploring the infant's subjective experience: A central role for the sense of self; Chapter II, Implications for the therapeutic process of reconstructing a developmental past. The international world of the infant, viii-١٢; ٢٥٧-٢٧٧. New York; Basic Books, ١٩٨٥.

Stern D.N.: The interpersonal world of the infant. Chapter ١ pp.٣-١٢, Basic Books. New York, ١٩٨٥.

Terr LC: Childhood traumas: an outline and overview. An J Psychiatry ١٤٨(١): ١٠-٢٠, ١٩٩١.

Thomas A, Chess S, Birch HG, et al: Behavioral individuality in early childhood New York, N.Y. University Press, ١٩٦٣.

Thomas A. and Chess, S. eds.: Development in middle childhood. In Annual progress in child psychiatry and child development, pp. ١٧٢-٨٦. New York: Brunner/Mazel, ١٩٧٤.

Thomas, A. Current Trends in Developmental Theory. Amer. J. Orthopsychiatry ٥١(٤). Oct ١٩٨١, pp. ٥٨٠-٦٠٨.

Wender, PH.: Pederson, F.A.: Waldrop, M.F. Longitudinal study of early social behavior and cognitive development. Am. J. orthopsychiatry ٣٧:٦٩١-٦٩٦, ١٩٦٧.

Winnicott DW: Playing and Reality, New York, Basic Books, ١٩٧١.

Winnicott DW: The Maturational Process and the Facilitating Environment, New York, International Universities Press, ١٩٦٥.

Young, J.G. and Cohen, DJ.: The molecular biology of development. In Basic handbook of child psychiatry, ed. J.D. Noshpitz pp. ٢٢-٦٢. New York: Basic Books, ١٩٧٩.

الجزء الثاني

الأساليب الجديدة في التربية الأهلية

الطبيعية: إن الأهلَ يهتمون طبيعيا بصحة وراحة أطفالهم . بعضُ الأهل يَرون صِغارهم طبيعيين ، بينما يقلقُ آخرون حول ما إذا كان طفلهم يعاني أيَّ مشكلة . يُحبذُ الأهل معرفة ما إذا كان طفلهم ينمو بالشكل الطبيعي ويأكل وينام بطريقة طبيعية . أهلٌ آخرون يقلقون حول ما يقوله الطفل ويفكره خصوصاً بين العائلة والأصدقاء.يبقى بعض الأهل الذين يقلقون حول النمو العاطفي الجيد لطفلهم ويقلقون حول تصرفات معينة في المدرسة والمحيط .

الأطفال هم على الأرجح طبيعيون ، عندما يتمكنون في السن المناسبة من التعلم في المدرسة ، يقيمون علاقاتٍ جيدة مع العائلة والأصدقاء، ويتمكنون من الإستمتاع بنشاط أوقاتِ الفراغ .

العناصر التي يمكن أن تكون ضمن أسباب نمو مشكلة ما تتضمن بيئاتٍ معينة في المدرسة أو في البيت ، النمو العاطفي للطفل، وجود أو غياب شروطٍ طبية معينة ، الوسط الإجتماعي للعائلة والطفل ووجود أو غياب عناصر مزمنة تُسبب المشكلة وتساعد هذه المشاكل لتستمر . بعضُ الأهل قد يحتاجُ مساعدةً ليكون أكثر فاعلية في التربية بينما قد يحتاجُ آخرون لإقتراحاتٍ حول كيفية التعامل مع المواقف الحياتية الضاغطة كما مع الصعوبات في مزاجية الطفل.

التقنيات التربوية الفاعلة: تقول **(إيفلين ناون)** عن الطفولة "ربما يحب الأهل والمعلمون العمل برؤيةٍ وحماسٍ جديدينْ إذا توقفوا عن التفكير أنّ فيلم الطفولة لا يُمكنْ عرضهُ مرةً ثانية " .هذا القول يضعنا جميعاً وجهاً لوجه أمامَ قِصر وأهميةِ الطفولة . يحتاجُ المعلمون والأهل لمعرفةِ الضرورة القصوى في العمل مع الأطفال . إذا لم نتمكن من الوصول إليهم اليوم ، قد لا نتمكن من الوصول إليهم غداً . أيامُ الطفولةِ هي الأيام الأكثر حساسية . تُظهر الدراسات البحثية أنَّ الأطفال حسّاسونَ بشكلٍ خاص خلال سنواتهم الأولى . أنا لا أتوقفُ أبداً عن التعجب أمام هذه الحقيقة المذهلة عندما يُطلبُ مني القيام بتقويمٍ طبي .

أجزاءُ الحياةِ تبرزُ باكراً بشكلٍ ملموظ . جزء من مسؤلية تشكيل هذه الأجـزاء يقع على الأهل . يحتاج الأهل للحفاظ على المستويات الثابتة في الحـــد الأدنــي . المخلوقات الإنسانية ليست مجرد آلات . المستويات لا بأس بها ولكن الثابتة منـــها نادراً ما تساعد الحياة سلسلة من التكيفات .

يحتاج الأهل لتجنب الصدمات غير الضرورية للإرادة والتنبه للإكثار من الإنتقادات.فهي نادراً ما تقدم حلاً وتميل إلى بتر روابط الثقة والصداقـــة . علينـــا تشجيع الطفل ليقول ما يحسه تجاه الأشياء . نتحدث إليه بأسلوب هادىء ساكن .فهذا يساعد لتصفية أفكاره ويمنحنا تفهما لسبب تصرفـــه بالطريقـــة التـــي يتصرفبـــها . علينا أن نوضح للطفل كيف يفكر بالآخرين . ***التفكير*** لا يـــأتي طبيعيـــا ، يجـــب تعلمه الإرشادات حول التفكير هي عملية مستمرة ، تتطلب مراجعة . ومن الطبيعي أن مثالك ذاته أكثر فاعلية من الكثير من الكلمات . يجب ***إلهاء*** الطفل عن تصـــرف غير مرغوب جذب إنتباهه إلى أمر آخر يجنبه عادة الصدمة . يجب تحضير الطفل لنشاطه اليومي بمناقشة ما يجب فعله معه ، وكم يستغرق تقريباً من الوقت . يجـــب تحضيرهم عاطفيا للإنطلاق والعمل وهذا يعدّهم للعمل والعمل بسعادة . يجب تجنـب الضغط الزائد . بعض الإرشادات الواضحة حول الضغط الزائد هـــي الإرهـــاق ، البكاء ، التوارث العصبي ، أحلام اليقظة ، النسيان ، والإرتباك .

يحتاج الأهل للتنبه عند إحكام السيطرة على طفلٍ متمرد . يعتمد الأطفال كليا تقريبا على ردة فعل الأهل لمعرفة ما إذا كانوا جيدين أم سيئين ، أغبياء أم أذكيـاء محبوبين أم غير محبوبين . إنهم معرضون إلى أقصى حد عاطفيا . عدد كبير من الأطفال يزِنُونَ كلمات أهلهم ويستنتجون الأسوأ حول أنفسهم . يجب على الأهل أن لا يُحقِرُوا أطفالهم دون رحمة . ما يمكن أن يسببه الأهل لمشاعر الطفل قد يـــؤذي تماما مثل الضرب . الإنتهاك الشفوي قد يأتي بشكل تعليقات نـــاقدة مســـتمرة أو ألقاب. أو قد يأتي في الطريقة التي يطبق أحد الأبوين بواسطتها الأنظمة اليوميـــة: تعيير أو لوم طفل صغير بغية تعليمه درسا قد يعلم الطفل أن يكره ذاته .

بشكل عام، واجب الأهل أن يأخذوا عواطف أطفالهم بعين الأعتبار ويتفهموا أنهم يختبرون العالم بطريقة مختلفة . *أفضل الأهل هم من يتناغمون مع وجهات* نظر أطفالهم . الأهل الساعون إلى الكمال شديدو العوز إلى الأمان غالباً وهم أكثر توجها نحو القوانين . إنهم إما يعانون ضغطاً فائضاً بسبب عدم معرفتهم بالأفضل أو موبؤون بمشاكلهم النفسية الذاتية . إن الأهل الذين ينتهكون أطفالهم كلامياً قد يعانون من الإحباط أو التحقير المزمن الذي قد يعود أثره إلى طفولتهم الذاتية . عددٌ كبير من هؤلاء الأهل كانوا هم أنفسهم أقل مقدرة ***للتعاطف*** مع أطفالهم .

إنهم ينتهون إلى استخدام الألم العاطفي كأداة لإرساء النظام ، تقنية تعلموها من آبائهم .

إن الإنتهاك العاطفي للأطفال سوف يظهر في تصرفاتهم . فالأطفال المنتهكون عاطفياً لفترة طويلة من الزمن يعانون جراحاً طويلة الأمد . يمكن أن يصبحوا متقهقرين ، قلقين ، غاضبين ، أو عدائيين . عناوين الإنتهاك العاطفي ، الجسدي ، والجنسي للأطفال سوف تناقش بتفاصيل أكثر لاحقاً في هذا الكتاب .

References

Bellack, A.S., et. Al. (Eds.): International Handbook of Behavior Modification and Therapy prentice Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersy: Salzar-Hzaroft, and Pollack, M : Chapter ٢٩P" :The Modification of Child Behaviors in the Home " ; PP. ٩١٧-٩٥١, ١٩٧٦..

Belsky, J., Steinberg, L .,Draper, P.: Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socilalization. Child Dev ٣:٦٤٧, ١٩٩١.

Benedek, T, : Parenthood as a Developmental Phase: A contibution to the libido theory, J. Amer. Psychanal, Assoc. ٧:٣٨٩-١١٧, ١٩٧٠.

Benedek, T, : Parenthood during the life cycle, In Anthony, J., and Benedek, T.,eds. Parenthood Boston, Little, Brown and Co., PP. ١٨٥-٢٠٦, ١٩٧٠.

Bluestein, Jane: Twenty-First-Century Discipline. Jefferson City, Mo.: Scholastic, ١٩٨٨.

Bowlby, J.: The making and breaking of affectional bonds, I II. British Journal of Psychiatry. ١٣٠:٢٠١, ٤٢١-٤٣١, ١٩٧٧.

Branden, Nathaniel: The Six Pillars of Self-Esteem .New York: Bantam Books, ١٩٩٤.

Brazelton, T.B., Tronick, E., Adamson, L., Als, H., and Wise, S.: Early mother-infant reciprocity.CIBA Foundation symposia ٣٣, PP ١٣٧-١٥٤, ١٩٧٥.

Brazelton, T.B.,Behaviral competence of the newborn infant. From Taylor, P. M. (ed) parent-infant Relationships. New York. Grune and Stratton, ١٩٨٤.

Christophersen, Edward: Little People: Guidelines for Common Sense Child Rearing. Kanas City: Westport Publications, ١٩٨٨.

Elkind, David, Ph. D.: Parenting Your Teenager in the Nineties. Rosemont, N.J.: Modern Learning Press, ١٩٩٣.

Faber, Adele, and Elaine Mazlish: How to Talk So kids Will Listen and Listen So kids Will Talk. New York: Rawson, Wade Publishers, Inc ١٩٨٠.

Faber, Adele, and Elaine Mazlish: Siblings Without Rivalry. New York: W. W. Norton & Company, ١٩٨٧.

Gardner, Howard: Frames of Mind. The Theory of Multiple Intelligence. New York: Basic Books, ١٩٩٣.

Gordan, Thomas: Teacher Effectiveness Training. New York: Peter H. Wyden, ١٩٧٤.

Gordan, Thomas: Teaching Children Self-Discipline at Home and in School. New York: Random house, ١٩٨٩.

References

Kohn, Alfie: Punished by Rewards. Boston: Houghton Mifflin Company, ١٩٩٣.

Kurcinka, Mary Sheedy: Raising Your Spirited Child. New York: Harper Collins, ١٩٩١.

Levin, Diane: Teaching Young Children in Violent Times: Building a Peaceable Classroom. Cambridge, Mass.: Educators for Social Responsibility, ١٩٩٤.

Mahler, M., Pine, F., and Bergman, A.: The Psychological Birth of the Human Infant. New York, Basic Books, ١٩٧٥.

Ornstein, A.: Making contact with the inner world of the child. Comprehens. Psychiatry, ١٧: ٣-٣٦-١٩٧٦.

Ornstein, P.: Remarks on the central position of empathy in psychonnalysis. Bull. Assoc. Psychoanal. Med. ١٨(٤): ٩٥-١٠٨, ١٩٧٩.

Ounstead, C., Oppenheimer, R & .Lindsay, J.: Aspects of bonding failure: the psychotherapeutic treatment of families of battered children. Develp. Med. Child Neurol., ١٦: ٤٤٦-٤٥٦, ١٩٧٤.

Parke, R.D., Power, T.G., Tinsley, B.R. and Hymel S.: The father's role in the family system. In Taylor, P. M. (ED) Parent-Infant Relationships. New York. Grune and Stratton, ١٩٨٤.

Parker, Harvey C.: Listen Look & Think: A Self Regulation Program for Children .Plantation, FL: Impact Publications, Inc., ١٩٩١.

Patterson, Gerald and Forgatch, Marion: Family Living Series. Part I and II. Research Press: Champaign, III. ١٩٧٥ and ١٩٧٦.

Patterson, Gerald R.: Families: Application of Social Learning to Family Life. Research Press. Champion, III ١٩٧٥.

Patterson, Gerald, R.: Living With Children: New Methods for Parents and Teachers. (Revised) Reseach Press: Champaign, III. ١٩٧٦.

Patterson, Gerald, Professional Guide for Families and Living With Children. Research Press, Champaign, III. ١٩٧٥.

Paul, N.: Parental Empathy. In Anthony, J., and Benedek, T., eds.: ParenthoodLittle, Brown and Co. PP. ٣٣٧-٣٥٢, ١٩٧٠.

Rotter, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol. Monoger., ٨٠ (I, whole no. ٦٠٩), ١٩٦٦.

Rutter, M.: Chapter ٦. Conclusions. The qualilies of mothering. New York: Jason Aronson, ١٢١-١٣١,١٩٧٤.

Rutter, M.: Normal sexual development. J. child psychology & psychiatry. ١١:٢٥٩-٢٨٣, ١٩٧١.

Sander, L.: Issues in early mother-child interaction. J. Amer, Acad. Child Psychiatry, ١: ١٤١-١٦٦, ١٩٦٢.

References

Shelton, John, L., and Levy, Rona, L. (ED): Chapter ١٣:" Parenting Skills" ; PP. ٣٣١-٣٥٦. Behavioral assignments and Treatment Compliance. Research Press. Champaign, III. ١٩٨١.

Taraldson, B., Brunnqufll, D., Deinard, A., & Egfland, B.: Psychometric and theoretical credibility of three measures of infant temperament. Read at Society for Research in Child Development, New Orleans, La, ١٩٧٧.

Turecki, Stanley: The difficult child: A new step-by-step approach by a Noted child psychiatrist for
understanding & managing Hard-to-raise children. New York, Bantam Books, ١٩٨٥.

Webster-Doyle ,Terrence: Why Is Everybody Always Picking on Me? Middlebury, Vt.: Atrium Society Publications, ١٩٩١.

Winnicott DW: The Maturational Process and the Facilitating Environment, New York, International Universities Press, ١٩٦٥.

Winnicott, D.: Mirror-role of mother and family in child development. In Playing and Reality. New York, Basic Books, pp. ١١١-١١٨, ١٩٧١.

Winnicott D.:On holding Collected papers , New York, Basic, ١٩٥٥.

Winnicott, D.: The mother-infant experience of mutuality, In Anthony, J., and Benedek, T., eds.: Parenthood. Boston, Little, Brown and Co. pp. ٢٤٥-٢٥٦, ١٩٧٠.

الفصل ٤ أفكار في النظام الفعّال

إن مساعدة الطفل للتصرف بشكل مقبول هو جزء ضروري من التربية الجيدة له. ***من المهم أن نؤكد أن النظام يعني التعليم وليس القصاص ، ويجب أن يكون ثابتاً كي يكون فعالاً .***

نظام لا يسانده الحب والإحترام سوف يفشل تماما في التعليم . يحتاج الأهل لإرساء حدود معقولة على أطفالهم . خلال فترة الرضاعة والحبو الباكر ، يجب على الأهل ***توقع*** التصرفات ، من الأفضل إزاحة الأشياء الثمينة والقابلة للكسر بعيدا عن متناول الطفل بدلاً من معاقبته لكسرها . الأطفال ، مثل الكبار ، يتعلمون بسرعة أن يتجاهلوا كلمات مثل " لا " التي تقال كثيراً .

على الأم والأب ***مناقشة*** أساليب النظام للتوافق على طرق ثابتة . الرضع والحابون يحتاجون الإرشاد الأهلي والمساعدة ***ليبدأوا*** عملية تعلم التحكم بالذات ومع وجود الأهل للإرشاد في هذه العملية ، يزيد التحكم بالذات خلال سنوات المدرسة . تجربة المراهقة والعصيان قد تحدث إنما معظم اليافعين يتخطون هذه الفترة ليصبحوا كباراً مسئولين .

عندما يختلف الأهل والأطفال حول القوانين ، قد يساعد التبادل الصادق للأفكار في التعلم من بعضهم البعض .

على الأهل أن يكونوا مسئولين ويكونوا نماذج دورية جيدة عندما يقرون القوانين والقيم العائلية . التوقعات الأهلية حول القوانين يجب التوافق عليها من الأبوين وإبلاغها بوضوح للطفل أو المراهق .

عندما يظهر الأهل عدم موافقتهم على تصرف خطر أو غير سار ، يحتاجون للتمرس على التحكم الجيد بالذات عندما يكونون غاضبين . عندما يظهر الأهل

فرحهم وموافقتهم على تصرف يسرهم ، هذا يثبت السلوك الجيد عند الطفل . إذا كان الأهل مستمرين في العمل على السلوكيات الإشكالية في ***المرحلة المبكرة من النمو*** ، يرجح أن يكونوا ناجحين عندما يصبح الطفل أكبر .

من المهم للأهل أن يتذكروا أنهم بينما يعاقبون ، هم يعاقبون تصرفا وليس طفلا.

الحفاظ على تقدير الطفل لذاته هو أمر دقيق . يحتاج الأهل أيضاً للتذكر أنه يجب عليهم تشجيع وتمثيل السلوك المناسب ، والنظام الناجح يرتكز على خلق بيئة تتوفر فيها فرص قليلة للصراع . من المساعد أيضاً أن نتذكر أن لا نعامل جميع الأطفال خصوصاً من اعمار مختلفة بنفس الأسلوب . عندما نرضخ الطفل للنظام، إذا تمت إزالة تصرف غير مرغوب ، يكون التعليم ناجحاً إذا اكتسب تصرفاً مقبولا بديلاً .

أحد أساليب ***النظام*** التي نجحت مع العديد من الأطفال شديدي المراس هو ***أسلوب الوقت المنفرد*** Time - out . هناك ثمانية أشياء يجب تذكرها عند تطبيق أسلوب الوقت المنفرد :

١. جميع الكبار المسئولين عن إرساء النظام للطفل يجب أن يستخدموا ***كرسي*** الوقت المنفرد . يجب التوافق متى ولماذا نرسل الطفل إلى الوقت المنفرد .

٢. من أجل الحصول على فاعلية قصوى للوقت المنفرد ، يجب جعل بقية النهار (الوقت المشترك) ممتعاً للطفل . تذكروا أن تدعوا الطفل يعرف متى قام بتصرف جيد أكثر من اعتباركم هذا السلوك من المسلمات . معظم الأطفال يفضلون إرسالهم إلى الوقت المنفرد أكثر من تجاهلهم كلياً . يحاول العديد من الأطفال إقناع أهلهم أن الوقت المنفرد هو شيئ ممتع وهو بالتالي لا ينفع . يجب ملاحظة أن السلوك الذي يستدعي الوقت المنفرد يخف كثيراً مع مرور الوقت .

٣.عندما نستخدم الوقت المنفرد في البداية ، قد يتصرف الطفل وكأنه لعبة . قد يضع نفسه في الوقت المنفرد أو يطلب ذلك لنفسه . إذا حدث هذا ، أعطوه ما يريد أي ضعوه في الوقت المنفرد واطلبوا أن يجلس بسكون للفترة المطلوبة . سيتعلم الطفل بسرعة أن الوقت المنفرد ليس لعبة . كذلك قد يضحك الطفل أو يتلاعب بينما يجلس أو بينما هو ضمن الوقت المنفرد . فرغم أن هذا قد يحرج الأهل، من الضروري أن يتجاهلوا الطفل كلياً وهو في الوقت المنفرد.

٤.قد تشعرون بالحاجة لعقاب الطفل لقيامه بشيئ غير مناسب وهو على الكرسي (مثل الشتم) . عموما من المهم تجاهله حين يتصرف بسوء في الوقت المنفرد. هذا سيعلمه أن هذه الاستراتيجية " للفت الإنتباه " لن تنفع . فإذا شتم وهو خارج الكرسي (وأزعجكم ذلك) ، تأكدوا من معاقبته بالوقت المنفرد .

٥.***يجب إستخدام الوقت المنفرد للتصرفات السيئة الأكثر كما الأقل أهمية***

الأهل يميلون للإعتقاد أن الوقت المنفرد ليس كافيا للأشياء الكبيرة وهكذا لا يطبقونه باستمرار . الإستمرارية هي الأكثر أهمية لفائدة الوقت المنفرد في المشاكل الكبيرة والصغيرة .

٦.تأكدوا من إدراك طفلكم للأنظمة ، التي إن خرقها تكون النتيجة هي الوقت المنفرد . الأهل يدخلون باستمرار أنظمة جديدة دون إخبار الطفل . عندما يخرق الطفل هذا النظام لا يفهم لماذا وضع في الوقت المنفرد . عندما يكون الطفل في الوقت المنفرد ، لا تنظر إليه ، لا تحدثه أو تتحدث عنه لا تتصرف بغضب، لا تبقى في الغرفة إذا أمكن ، إبسق هادئا ، إتبع الإرشادات المكتوبة عندما يبكي الطفل أو يتكلم بصوت عال وهو في الوقت المنفرد . إذا كان تجاوب الطفل ضعيفا مع النظام الثابت المخطط والمناسب ، الذي نطبقه بمحبة واحترام، عندها ربما يحتاج الطفل لتقويم أبعد من ذلك يقوم به أشخاص مدربين مختصين بنمو وسلوك الطفل.

References

Ayllen T, Garber S, Piseor K: The elimination of discipline problems through a combined school-home based motivational system. Behavioral Therapy ٦:٦١٦-٦٢٦, ١٩٧٥.

Barkley, R.A.: Defiant Children: A Clinicians Manual for Parent Training. New York, Guilford Press, ١٩٨٧.

Bluestein, Jane: Twenty-First-Century Discipline. Jefferson City, Mo.: Scholastic, ١٩٨٨.

Branden, Nathaniel: The Six Pillars of Self-Esteem. New York: Bantam Books, ١٩٩٤.

Dayton, Tian: Affirmations for Parents: How to Nurture Your Children. Deerfield Beach: Health Communications, ١٩٩١.

Elkind, David, Ph.D.: Parenting Your Teenager in the Nineties. Rosemont, N.J.: Modern Learning Press, ١٩٩٣.

Emde, R. N.: Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. In Taylor, P. M. (Ed.) Parent-Infant Relationships. New York. Grune and Stratton, ١٩٨٤.

Faber, Adele, and Elaine Mazlish: How to Talk So Kids Will Listen and Listen So Kids Will Talk. New York: Rawson, Wade Publishers, Inc., ١٩٨٠.

Faber, Adele, and Elaine Mazlish: Siblings Without Rivalry. New York: W.W. Norton & Company, ١٩٨٧.

Gardner, Howard: Frames of Mind. The Theory of Multiple Intelligence. New York: Basic Books, ١٩٩٣.

Gordon, Thomas: Teacher Effectiveness Training. New York: Peter H. Wyden, ١٩٧٤. Gordon, Thomas: Teaching Children Self-Discipline at Home and in School. New York: Random House, ١٩٨٩.

Klos, D.: Peddock, J.: Relationship status: Scale for assessing the vitality of late adolescents, relationships with their parents. Journal of Youth and Adolescence. ٧:٣٥٣-٣٦٩, ١٩٧٨.

Kholberge, L" :.Development of Moral Character and Moral Ideology ",in

Hoffman, M.L. and Hoffman, L.W.: (Eds.), Review of Child Development Research, pp. ٣٨٣-٤٣٢, Russell Sage Foundation, New York.١٩٦٤ ,

Kohn, Alfie: Punished by Rewards. Boston: Houghton Mifflin Company, ١٩٩٣.

Kohut, H.: Remarks about the formation of the self. In Ornstein, P., ed.: Search for the Self. New York, International Universities Press, ١٩٧٨. Pp. ٧٣٧-٧٧٠.

References

Kurcinka, Mary Sheedy: Raising Your Spirited Child. New York: HarperCollins, ١٩٩١.

Levin, Diane: Teaching Young Children in Violent Times: Building a Peaceable Classroom.

Cambridge, Mass.: Educators for Social Responsibility, ١٩٩٤.

Marsh, E.J., Hamerlynck, L.A., and Hardy ,L.c., Eds. : Behavior Modification and Families.

Bruner/Mazel. New York. Horowitz, F" :.Directions for Parenting" , pp. ٧-٣٢. Generalization and Maintenance" , pp. ١١٣-١١٧, ١٩٧٦.

Marsh, E.J., Hardy, L.C., and Hamerlynck, L.A.: Behavior Modification Approches to Parenting.

Bruner/Mazel: New York, ١٩٧٤.

Turecki, Stanley: The difficult child: A new step-by-step approach by a Noted child psychiatrist for understanding & managing Hard-to-raise children. New York, Bantam Books, ١٩٨٥.

Wagonseller, Bill, R., and McDowell, Richard: You and your Child: A Commonsense Approach to Successful Parenting. Research Press: Champaign, III. ١٩٧٩.

Wagonseller, Bill, R., The Art of Parenting: A Complete Training Kit. Research Press: Champaign, III. ١٩٧٧.

Webster-Doyle, Terrence: Why Is Everybody Always Picking on Me? Middlebury, Vt.: Atrium Society Publications, ١٩٩١.

Wright, Logan: Parent Power: A Guide to Responsible Child Rearing, Psychological Dimensions, Inc.

New York: ١٩٧٨

تقدير الذات: هو صورة ذاتك أو كيف تشعر حول ذاتك . إنه يتكون مما لديك من أفكار ومشاعر تجاه ذاتك . هذه قد تتكون إيجابية أو سلبية . كلما كانت مشاعرك تجاه ذاتك إيجابية ، زاد تقديرك لذاتك . كلما كانت مشاعرك أكثر سلبية ، نقص تقديرك لذاتك . يجب أن يفكر الأطفال والمراهقون بتقدير ذاتهم لأن هذا يؤثر في أسلوب حياتهم ومدى نجاحهم في تحقيق أهدافهم في الحياة . تقدير الذات هم أمر هام في تغيير الشخصية . دون شعور أساسي قوي بتقدير الذات ، لا يبقى للطفل أي مبرر للإهتمام بما إذا كان تصرفه مرغوباً . وتقديم التشجيع من الأهل هو ذات ضرورة قصوى .

التشجيع هو العملية التي من خلالها يصبح الشخص أكثر إدراكا لقدراته ولإحساسه بالإنتماء . التشجيع هو الحب. الطفل المشجع يشعر بالرضا عن نفسه وعن الآخرين . الأطفال الذين يشعرون ويتصرفون وكأنهم غير محبوبين هم الأكثر حاجة للتشجيع ، أولئك الذين يشعرون ويتصرفون وكأنهم محبوبون يتلقون ويتقبلون التشجيع بأقل أهمية .

بعض العبارات التي تمنح التشجيع قد تتضمن : " يمكنك أن تقوم بذلك " ، " لا تقلق" ، إفعل أفضل ما يمكنك " ، شكرا لمساعدتك " ، أنت تقوم بعمل رائع ، " عملك الآن أفضل بكثير " ، هذا صعب ولكن يمكنك إنجازه " ، لنرى إذا كان بامكاننا إنهاء هذا معاً .

العبارات غير المشجعة قد تتضمن المقولات التالية : " إنك دائما تخطئ " ، " أشك أنه يمكنك ذلك "، " كنت جيداً ، لكنك أفسدت الأمر في النهاية " ،"لا أعتقد انه يمكنك إنهاء ذلك " ، " لماذا لم تفكر قبل أن تبدأ ؟ " ، " لماذا أنت بهذا الغباء " ، "لماذا أنت أخرق ثقيل الظل ؟ " ، " لن تنجح أبداً "، "هذا صعب جداً ، " دعني أقوم به عنك " .

إقتراحات الأهل: للأهل بعض من الإقتراحات التي تساعد في بناء تقدير الذات عند الأطفال ، وهي تتضمن التالي :

١. يحتاج الأطفال للحب كما للتحكم ، للإهتمام كما للنظام والتدريب على الإستقلالية الذاتية والمسئولية كما لإتباع القوانين .

٢. يجب تعليمهم القيم التي لا تتعارض فيما بين المنزل ، البيئة ، والمدرسة . بعض التعارضات هي غير ذات تأثير إنما الهامة منها تسبب التباساً وتشكيكا بالذات في تفكير الطفل .

٣. يجب تشجيع الأطفال للقيام بأكثر ما يتمكنون من القيام به. أن يكونوا مسئولين وأن يستمروا كذلك هو أمر هام في تنمية الشعور بالرضا عن الذات .

٤. التركيز على التعبير الشفوي كلما أمكن ذلك . تشجيع الطفل للمشاركة في المناقشات العائلية والجماعية وإجابة الأسئلة بكلمات بدلاً من هز الرأس سلبا أو إيجابا .

٥. يجب عدم إستخدام التحقير أو الإستهزاء أبداً . فهذه تنتج سداً فكرياً يعرقل المشاعر الجيدة ويوقف عملية الإنتباه والتعلم.

٦. يجب الإهتمام بما يقوله الطفل. إعطاء الطفل الإهتمام الكامل عندما نستطيع . لا يجب أن نضحك من ردة فعل الطفل إلا إذا كانت مضحكة فعليا .

٧. إذا كان الطفل لا يفعل شيئاً ، علينا أن نعرف لماذا دون أن نرفع صوتاً . الأطفال يحتاجون للوحدة مثلنا تماما ، للتفكير بالأشياء أو لمجرد الإبتعاد عنها كلها عندما يتزايد الضغط عليهم .

٨. ***إذا كنتم تطلبون الإحترام من أطفالكم عليكم أولاً إعطاؤهم إياه . الإحترام يجب أن يكتسب من كلا الفريقين .***

٩. علينا إحترام الطفل ومعرفته . لنفترض أن الطفل يقصد القيام بالجيد بدلا من السيئ . ***لا تستخدموا سلطتكم إلا في وضع ملزم حيث يمكن حصول حادث أو إصابة .***

١٠. تعلموا إستخدام الدعم الإيجابي وإستعماله عندما يستحقه الطفل ، كأن ينجز عملاً صعبا أو يتبرع للقيام بشيئ لم يطلب منه .

١١. يجب تمضية وقت مع الطفل والإصغاء لما يريد أن يقول . الإستماع البناء هو مهارة يجب على الأهل والمعلمين تطويرها .

١٢. يجب أن نكون ونمثل نموذجا جيدا في جميع المجالات التي يتمكن الطفل من مراقبتها . ***يحتاج الأطفال نماذج جيدة في جميع مراحل نموهم .***

١٣. تجنبوا أن يكون لديكم " مفضلون " و " ضحايا " حاولوا معاملة كل طفل بمساواة مع توزيع المهمات والأنظمة على الجميع بالمثل .

١٤. يجب إستخدام " قم بهذا " بدلاً من إستخدام " لا تقم بذلك " عند إرساء أنظمة المدرسة والبيت . يجب التركيز على ما تريدون من الطفل القيام به بدلا من التركيز على ما هو غير مقبول .

References

Arnold, L.E., Ed.: Helping Parents Help Their Children. Bruner/Mazel,. Inc. New York: Safer, D.J:.
"Guiding Parents of Children with Habit Symptoms"; pp. ٢٣٢-٢٤٢, ١٩٧٨.
Arnold, L.E.: Ed. Helping Parents Help Their Children, Bruner/Mazel Inc. New York: Lindsley, Ogden: Chapter ٧:" Teaching Parents to Modify Theiry Children's Behavior", pp. ٨٣-٩٠, ١٩٧٨.
Asher, S., Oden, S. & Gottman, J.: Children's friendships in school settings. In L Katz (Ed.), Current topics in early childhood education. Norwood, NJ: Ablex, ١٩٧٧.
Azrin, N. & Foxx, O.: Habit Control in a Day. New York: Pocket Books, ١٩٧٧.
Bell, R.Q. & Harper, L.V.: Child effects on adults. Hillsdale, NJ: Erlbaum, ١٩٧٧.
Branden, Nathaniel: The Six Pillars of Self-Esteem. New York: Bantam Books, ١٩٩٤.
Briggs, D.C.: Your child's self-esteem. New York: Doubleday, ١٩٧٥.
Charlesworth, R.: Understanding child development. Albany: Delmar, ١٩٨٣.
Clark, Lynn: SOS! Help For Parents. Bowling Green: Parents Press, ١٩٨٥.
Coopersmith, S.: Manual for the Self-Esteem Inventories. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists
Press, ١٩٨٦.
Gnagey, Thomas D.: How to Put Up With Parents: A Guide For Teenagers. Facilation House: Ottawa, Illinois: ١٩٧٥.
Graziano, A., Ed.: Behavior Therapy With Children, Aldine-Atherton: Chicago. Wahler, R.G., et al. Chapter ٣٧:" Mothers as Behavior Therapists for Their Own Children"; pp. ٣٨٨-٤٠٣, ١٩٧١.
Halliday, M.: Learning how to mean. London: Edward Arnold, ١٩٧٥.
Leavitt, Shelly E.: Active Parenting: A Trainer's Manual. Boys Town Center; ١٩٨٢.
Leitenberg, Harold: Ed.: Handbook of Behavior Modification and Behavioral Therapy, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.
Wahler, R.G" :.Deviant Child Behavior Within the Family: Developmental Speculations and Behavior Change Strategies", pp. ٥٢٦-٥٣٩, ١٩٧٦.
Levinson, S., Kopari, J. & Fredstrom, J.: The MotivAider Method of Cue-Directed Behavior Change: Manual For Teachers. Thief River Falls: Behavioral Dynamics, ١٩٩٥.
Moser, A.: Don't Pop Your Cork on Mondays: The Children's Anti-Stress Book. Kansas City: Landmark Editions, ١٩٨٨.
Rubin, K.H. & Ross, H.S. (Eds.): Peer relationships and social skills in childhood. New York: Springer-Verlag.١٩٨٢ ,

References

Schaffer, H.R.: The child's entry into a social world. London: Academic Press. ١٩٨٤.

Shapiro, L.: Tricks fo the Trade: ١٠١ Psychological Techniques to Help Children Grow and Change. King of Pursia: The Center for Applied Psychology, Inc., ١٩٩٤.

Shapiro, T.: Childhood neurosis - the past ٧٥ years. Psychoanalysis and Contemporary Science, ٤, ٤٥٣-٤٧٧, ١٩٧٥.

Shaw L, Levime MD, Belfer M: Developmental double jeopardy: A study of clumsiness and self-esteem in children with learning problems. Developmental and Behavioral Pediatrics ٣: ١٩١-١٩٦, ١٩٨٢.

Silver LB: Emotional and social problems of children with developmental disabilities. In Weber R. (ed): Handbook of Learning Disabilities. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, ١٩٧٤.

Snow, C.E.: Parent-child interaction and the development communicative ability. In R.L. Schiefelbusch & J. Pickar (Eds.):, The acquisition of communicative competence (pp. ٦٩-١٠٧). Baltimore: University Park Press, ١٩٨٤.

Whitman, C.: Win the Whining War and Other Skirmishes: A Family Peace Plan. Pasadena: Perspective Publishing, ١٩٩١.

Williams, Carl D" :.The Elimination of Tantrum Behavior by Extinction Procedures", Journal of
Abnormal Social Psychology, ٥٩, ٢٦٩, ١٩٥٩.

الأطفال ما قبل المدرسة واحد من أهم مسببات نجاح الطفل في المدرسة يتعلق بنشاطات ما قبل المدرسة التي تتم في المنزل . ولأن طفل ما قبل المدرسة يمضي وقتاً كثيراً في البيت ، يبدو مهماً أن نفهم ما يفعله الأطفال خلال سنواتهم الأولى ونحدد مدى الأهمية التي يشعرها الأهل تجاه النشاطات المنزلية بالنسبة للنجاح المستقبلي في المدرسة .

معظم الأطفال يتعلمون الكلام ***طبيعياً*** عبر تجارب متنوعة توفر لهم الفرص للإستماع إلى الآخرين ، محاولات التكلم بأنفسهم والتقدم تدريجياً حتى إكتساب اللغة كاملة . تظهر الإحصاءات أن الأهل يشعرون أن الأطفال يتعلمون الكلام لأن الناس يتحدثون إليهم ، يقرأون لهم ، يصححون كلماتهم ، يكررون كلماتهم ، ويطرحون عليهم الأسئلة . الأطفال يهدلون ويحدثون أنفسهم ، الناس يستمعون إليهم وأخيراً هم يتكلمون جيداً .

تعلم القراءة لا يتم عادة بنفس الأسلوب الطبيعي مثل تعلم الكلام . يشعر الأهل أن الأطفال يتعلمون القراءة لأن الناس يقرأون لهم ، وهم ينظرون كثيراً الى الكتب ، يطرحون أسئلة حول كلمات وحروف ، ويحاولون تركيب كلمات خاصة بهم . الأسباب الرئيسية لإستمتاع الأطفال بالقراءة هي أنهم يجدون القراءة مثيرة وممتعة، الأهل والمعلون يدعمونهم ويشجعونهم ، الأهل يقرأون لهم ومعهم ، يمتلكون الكثير من مواد القراءة التي تتوفر لهم ، الأهل يقرأون بأنفسهم والأطفال قراء جيدون . النموذج الأهلي والدعم ضروري للإستمتاع بالقراءة ويبدو أكثر أهمية من القدرة على القراءة .

النشاطات المنزلية للنجاح لاحقا في المدرسة قد تتضمن التالي:

١.يستخدم الطفل أقلاما ، أوراقا ، وغير ذلك من أدوات الكتابة في المنزل تحت المراقبة وفي مكان محدد .
٢.يصغي الكبار للطفل يتكلم ويقرأ .
٣.يقرأ الكبار للطفل بصوت عال .
٤.يمضي الطفل وقتاً بالنظر إلى الكتب أو القراءة بنفسه .
٥.يسأل الطفل عن الكلمات والحروف .
٦.الطفل يعد .
٧.يقول الطفل أسماء بعض الحروف .
٨.يقارن الطفل أحجام ، أشكال ، وألوان الأشياء .
٩.يسأل الطفل عن الكتابة والتهجئة .

عموما لا يحب الأهل القيام ***بحسابات رياضية*** لكنهم يحبون أكثر أن يشجعوا أطفالهم على القراءة والكتابة . عادة يقوم الأهل بنشاطات قليلة جداً في المنزل تتعلق بتطوير الرياضيات . هذا يعمل ضد نمو التوجهات الإيجابية والمهارات في الرياضيات .

إقتراحات للأهل إقتراحات إضافية لنشاطات منزلية تدعم نمو مهارات التعلم تتضمن التالي:

١.القراءة مع وللأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وخلال المدرسة معا . العديد من الأهل يقومون بذلك مع صغارهم لكنهم يتوقفون عندما يكتسب الطفل مهارة كاملة . قد يظهر أن الطفل يستمتع بأن نقرأ له في ***عدة أعمار*** وهذا نشاط يغني التجربة اللغوية للأطفال على عدة مستويات .

٢.***كن موجوداً*** لطفلك عندما يريد التكلم ، الكتابة ، القراءة ، ونشاطات الإستكشاف عامة . هذا لا يعني القيام بذلك معه بالضرورة ولكنه يعني الوجود في المكان عندما يظهر إهتمامه بهذه النشاطات . ألعاب ما قبل المدرسة ، الكتب ، الألوان ، المساطر ، الأوراق ، الخ ... يجب أن تجد لها مكاناً في صدر المنزل . هذا يجعل الإحتمال كبيراً بأن تستخدم هذه الأشياء والإحتمال أكبر للأهل ليكونوا قريبين لتقديم الدعم والتشجيع عند الحاجة.

٣.يجب دعم جهود الطفل عند القراءة ولكن مع تناسي النقد حولها إلا إذا طلب منا ذلك تحديداً . التمرين هو أفضل السبل للتقدم في معظم المهارات وهذه يشجعها المديح وليس النقد المتكرر حتى لو أن العديد من الأهل يشعرون بنية حسنة أنه يمكن مساعدة الطفل لإكتساب مستوى أعلى من المهارة بسرعة أكبر كثيراً إذا أظهرنا له أو أخبرناه كيف يقوم بالشيء بدلاً من تركه يكتشف ذلك بنفسه .

٤.يجب مساعدة الطفل لتقدير القيمة الطويلة الأمد للقراءة ،الكتابة، والرياضيات. والإشارة إلى أن خواص المتعة والتسلية في هذه النشاطات هي ذات فائدة .

٥.يجب على الأهل أن يقرأوا . تظهر الدراسات البحثية أن عدداً أقل فأقل من الأهل يقرأون أي شيء وأقل كثيرا يكتبون أو يستخدمون الرياضيات بشكل منتظم . من الصعب أن نقنع الطفل بأن هذه النشاطات ممتعة وقيمة طوال الحياة ، إذا كان الواقع ، أنه لا يرى أبداً اي تطبيق فعلي لها في منزله بواسطة احد الكبار المهمين .

٦.يجب توفير التنوع في مواد القرءة ، الكتابة ، والرياضيات لتكون سهلة المنال للطفل . إن التوافر بذاته ، خصوصاً في المواد الأساسية ، إضافة إلى الموقع هي ضرورية لسهولة وتكرار الوصول إليها .

مواقف الأهل تجاه النمو التعليمي يريد الأهل أن يكونوا سعداء ، الأطفال النشطون الذين يبلون جيداً في المدرسة ، لكنهم غالبا لا يلحظون أن **العنصر الأكثر أهمية في التأثير على إنجازات الطفل الدراسية هو المنزل** . الأهل هم أعظم

مساعد دراسي للطفل . الإقتراحات التالية نقدمها كأساليب محددة ، إيجابية يمكن حتى للأكثر إنشغالاً من الأهل توظيفها لمساعدة أطفالهم دراسياً :

١. إبد إهتماما بنشاط طفلك الدراسي _ أداء الطفل الدراسي يرتبط مباشرة ***بإهتمام الأهل*** بدروسه ونشاطاته المدرسية . رغم المفكرات المزدحمة هذه الأيام ، يجب على الأهل بذل أقصى الجهد للمساهمة بنشاطات الطفل التعليمية والإضافية . يمكن للأهل مساعدة الطفل يوميا بفروضه ، ومناقشة الواجبات والمفاهيم التي يدرسها في المدرسة . يجب إعطاء الأولوية للقاء الأهل – المعلمين والصف المفتوح منزليا . إذا كان الطفل يشارك في الرياضة أو الفنون ، يجب على أحد الأبوين الحضور كلما أمكن . يجب على الأهل ترتيب رحلة تحت الرقابة ، حضور يوم غداء عند الأهل ، أو التطوع للمساعدة في جمع التبرعات . جميع هذه النشاطات تظهر إهتمام الأهل وإرادتهم للإنضمام إلى حياة الطفل الدراسية . بعكس المعتقدات الشعبية ، إنضمام الأهل هو بنفس الأهمية للمراهق مثله لتلميذ الحضانة أو المرحلة الإبتدائية .

٢.***يجب تعليم الطفل العادات الدراسية الجيدة*** عادات الدرس الجيدة ضرورية للطفل إذا اردناه فاعلاً في المدرسة . لدى الأهل الفرصة الدقيقة لمساعدة الطفل في تنمية عادات دراسية مثل التنظيم والعمل الجاد . المدرسة الجيدة ستعلم بالتأكيد وتتوقع من التلاميذ تطوير هذه المهارات ، لكن المنزل يبقى المؤثر الأساسي في تطبيق عادات الدراسة _ سيئة أم جيدة . تعليم الطفل ليكون منظماً يبدأ بالمكان المناسب والوقت المحدد للدرس . مكان محدد من المنزل يجب تعيينه ***كزاوية الدرس*** . يجب وجود أقل ما يمكن من المشتتات ، لا تلفاز ، لا أصدقاء ، لا هاتف ، ولا رفاق . هذا الوضع الهادىء سيشجع التركيز الكامل للطفل على دروسه . ***يجب أيضاً أن نطلب من الطفل ملاحظة فترة درس يومية*** . إذا لم يكن لديه أي فروض ، يجب إستخدام هذه الفترة لنشاطات تعليمية أخرى مثل القراءة ، لعبة تعليمية ، أو العمل على بحث طويل الأمد . يجب على الطفل أن ينظم فروضه بأن يقوم بالواجبات ***الصعبة*** أولاً وكلما حاول ، سوف تصبح المحاولات أقل للعمل على المواد الأسهل . يجب أن يتعلم التلاميذ ايضاً الاسلوب القيم في تقسيم الواجبات الضخمة إلى خطوات صغيرة . العمل الصعب لم يعد يتطلب الإحترام الذي

كان له في الأيام الخوالي . مع ذلك، فالقدرة على إنجاز واجب بفعالية وجوده هو هبة ذات قيمة فائقة لأي تلميذ . يمكن للأهل التأثير في عادة العمل الجاد عند أطفالهم بتقديمه كنماذج في حياتهم أو مكافأته في حياة أطفالهم .

٣.يجب تطوير ***علاقة ودية*** مفتوحة مع أساتذة ومدير الطفل . لا يجب أن ينتظر الأهل حتى إستلامهم بطاقة علامات تأديبية أو غير مرضية قبل الإتصال بالمعلم أو المدير . التنافس حول الفروض ، الإمتحانات ، والأداء اليومي . يجب أن يصبح روتينا بين الأهل والمعلمين . أحد الأبوين يجب أن يطرح بشكل دائم أسئلة حول علامات الطفل ، تطوره الدراسي ، توجهاته ، وشخصيته . من المهم أن نتذكر ، الأهل والمعلون هم شركاء ، والتواصل بين الشركاء يجعل شراكتهم أكثر فاعلية .

عليكم بالتواصل مع الطفل _ التواصل الفعال بين أحد الأبوين والطفل يتم فقط عندما يمكن التعبير بحرية عن الأفكار والمعتقدات في جو من التفاهم ، الإهتمام ، والحب . على أحد الأبوين أن يخصص بضعة دقائق يومياً للتحدث والإستماع إلى طفله . من المهم أن يعبر أحد الأبوين عن إهتمامه بطفله وبنشاطاته المدرسية .

إن التواصل الإيجابي بين أحد الأبوين والطفل هو أساس الصورة الذاتية الجيدة للطفل . *عندما ينقل أحد الأبوين قيمه لطفله ، يمكن للطفل أن يلاحظ قيمته الذاتية.* قليلة هي الأشياء التي يمكن أن تدفع الطفل للنجاح أكثر من التواصل الإيجابي الثابت مع أهله .

References

Alessi, S.M., Anderson, T.H., & Goetz, E.T.: An investigation of lookbacks during studying. Discourse Processes, ٢, ١٩٧-٢١٢, ١٩٧٩..

Alley, G., & Deshler, D.: Teaching the learning-disabled adolescent: Strategies and methods. Love Publishing Company, ١٩٧٩.

Alvord, Jack, R.: Home Token Economy: Research Press: Champaign, Ill. ١٩٧٣.

Ames, L.B" :.The Development of the Sense of Time in the Young Child " ,Journal of General Psychology, ٦٨:٩٧-١٢٥, ١٩٤٦.

Ammerman, R.: Predisposing child factors. In Ammerman R, Herson M(eds): Children at Risk. New York, Plenum, pp. ١٩٩-٢٢١, ١٩٩٠.

Anderson, R.C.: Role of the reader's schema in comprehension, learning and memory. In R.C. anderson, J. Osborn, R.J. Tierney (Eds.), Learning to read in American schools: Basal readers and content texts. Hillsdale, NJ: Erlbaum, ١٩٨٢.

Anderson, T.H.: Study strategies and adjunct aids. In R.J. Spiro, B.C. Bruce, & W.F. Brewer (Eds.), Theoretical issues in reading comprehension: Perspectives from cognitive psychology, artificial intelligence, linguistics, and education. Hillsdale, NJ: Erlbaum, ١٩٨٠.

Andre, M.E.D.A., & Anderson, T.H.: The development and evaluation of a self-questioning study technique. Reading Research quarterly, ١٤, ٦٠٥-٦٢٣, ١٩٧٨-١٩٧٩.

Anesko, K.M. & Levine, F.M.: Winning the Homework War. New York: Arco/Simon & Schuster, ١٩٨٧.

Archer, Anita & Gleason, Mary: Skills for School Success. North Billerica, Massachusetts: Curriculum Associates, ١٩٩٠.

Armstrong, Thomas:Awakening Your Child's Natural Genius. Los Angeles: Jeremy Tarcher, Inc., ١٩٩١.

Baker, L., & Anderson, R.I.: Effects of inconsistent information on text processing: Evidence for comprehension monitoring. Reading Research Quaterly, ١٧, ٢٨١-٢٩٤, ١٩٨٢.

Baker, L., & Brown, A.L.: Metacognitive skills of reading. In D.P. Pearson (Ed.), Handbook on Research in Reading. New York: Longman, ١٩٨٤.(a).

Baker, L.: Do I understand or do I not understand: That is the question. (Reading Education Report ١٠). Champaign, IL: University of Illinois, Center for the Study of Reading, July, ١٩٧٩.

Baretta-Lorton, Mary: Mathematics Their Way. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, ١٩٧٦.

References

Baretta-Lorton, Robert: Mathematics: A Way of Thinking. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, ١٩٧٧.

Bash, M.S. & Camp, B.: Think Aloud: Increasing Social and Cognitive Skills, A Problem-Solving Program for Children. Champaign, Illinois: Research Press, ١٩٨٥.

Bateman, B.D.: the essentials of teaching. San Rafael, CA: Dimensions Publishing Company, ١٩٧١.

Both, D.D., Swartz, L. & Zola, M.: Choosing children's Books. Markham, Ontario: Pembroke, ١٩٨٧.

Bransford, J.D., Stein, B.S., Vye, N.J., Franks, J.J., Auble, P.M., Mezynski, K.J., & Perfetto: CA differences in approaches to learning: An overview. Journal of Experimental Psychology: General, ١١١(٤), ٣٩٠-١٩٨, ١٩٨٢.

Bransford, J.D.: Human cognition: Learning, understanding and remembering. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, ١٩٧٩.

Burns, Marilyn: A Collection of Math Lessons for Grades ١-٣. Sausalito, CA :Math Solutions Publications, ١٩٨٨.

Burns, Marilyn: A Collection of Math Lessons for Grades ٣-٦. Sausalito, CA: Math Solutions

Publication Company, ١٩٨٧:

Burns, Marilyn: About Teaching Mathematics. Sausalito, CA: Math Solutions Publications, ١٩٩٢.

Burns, Marilyn: Math for Smarty Pants. Boston, MA: Lilttle, Brown, and Company, ١٩٨٢.

Burns, Marilyn: The I Hate Mathematics Book. Boston, MA: Little, Brown, and Company, ١٩٧٥.

Butler, D.: Babies need books. New York: Atheneum. ١٩٨٠.

Celebert, T., Torgesen, J.K., Dice, C., & Murphy, H.: The effects of situational variables on the use of rehearsal by first grade children. Child Development, ٥١, ٩٠٢-٩٠٥, ١٩٨٠.

Chafel, J.A.: Making early literacy a natural happening. Childhood Education, May/June issue, ٣٠٠-٣٠٤, ١٩٨٢.

Church, E.B.: Reading aloud to children. Scholastic Pre-K Today, January Issue, ٢٨-٤٠, ١٩٩١.

Cook, Marcy: Mathematics Problems of the Day. Palo Alto, CA: Creative Publications, Inc., ١٩٨٢.

References

Downie, D., Slesnick, T., and Stenmark, J.: Math for Girls and Other Problem Solvers. Berkeley, CA: Lawrence Hall of Science, University of California, ١٩٨١.

Haines, D.J., & Torgesen, J.K.: The effects of incentives on rehearsal and short-term memory in reading-disabled children. Learning Disability Quarterly.١٩٧٩ ,٥٥-٢،١٨ ,

Halperin Jm, Gittelman R, Klein DF, et al: Reading-disabled hyperactive children: A distinct subgroup of attention deficit disorder with hyperactivity. J Abnorm Child Psychol ١٢:١-١٤, ١٩٨٤.

Hunt, D., Hardt, D.: College enrollment of upward bounds as a function of attitudes and motivation. J. Educ. Psychol., ٦١:٢٧٥-٢٧٩, ١٩٧٠.

Kinsbourne, M.L., & Caplan, P.J.: Children's learning and attention problems. Boston: Little, Brown and Company, ١٩٧٩.

Kirk, S.A.: Educating Exceptional Children (٢nd ed.). Houghton-Mifflin, ١٩٧٢.

McCracken, Robert & Marlene: Stories, Songs, & Poetry to teach Reading and Writing. Winnipeg: Peguis publishers limited, ١٩٨٦.

Reid, J.F.: Learning to think about reading. Educational Research, ٥٦-٦٢, ١٩٦٦.

Saunders, Hall.: When Are We Ever Gonna Have to Use This? Palo Alto, CA: Dale Seymour Publications, ١٩٨١.

Smiley, S.S., Oaken, D.D., Worthen, D., Campione, J.C., & Brown, A.L.: Recall of thematically relevant material by adolescent good and poor readers as a function of written versus oral presentation. Journal of Educational Psychology, ٦٩, ٣٨١-٣٨٧, ١٩٧٧.

Smith, H.K.: The responses of good and poor readers when asked to read for different purposes. Reading Resarch Quaterly ٣, ٥٣-٨٤, ١٩٦٧.

Stenmark, J., Thompson, V., and Cossey, R.: Family Math. Berkeley, CA: Lawrence Hall of Science, University of California, ١٩٨٦.

Strang, R., & Rogers, C.: How do students read a short story? English Journal, ٥٤, ٨١٩-٨٢٣, ١٩٦٥.

Tarver, S.G., Hallahan, D.P., Cohen, S.B., & Kauffman, J.M.: Visual selection attention and verbal rehearsal in LEARD boy. Journal of Learning Disabilities, ٤٩١-٥٠٠, ١٠,١٩٧٧.

Willmer SK, Crane R: A parental dilemma: The child with a marginal handicap. Social Casework
.١٩٧٩ ,٣٥-٦٠:٣٠

مساعدة الأطفال لإثبات وجودهم هي أمر مفيد جداً في نموهم . يحتاج الأهل لمعرفة أن ***سلوك إثبات الوجود*** غالباً ما يلتبس مع ***السلوك العدائي*** .

إثبات الوجود Assertion لا يتضمن أذية شخص آخر جسديا أو معنويا . سلوك إثبات الوجود يتضمن التعبير عن الحقوق المشروعة للفرد . للطفل حق في التعبير عن حاجاته ، متطلباته ، مشاعره ، وأفكاره . يحتاج الطفل لأن يعرف أن النقاش لإثبات الوجود مع فرد آخر قد يتضمن مفاوضات حول تسوية مناسبة . إن الطفل يفتح السبيل أمام علاقة صادقة مع الآخرين عندما يتصرف بطريقة إثبات الوجود.

سلوك إثبات الوجود هو مهارة يمكن تعلمه والحفاظ عليها بواسطة التمرين المستمر . وهذا السلوك لا يتعلق بما يقوله الطفل فقط بل بالأسلوب الذي يقول به ما يريد . " لغة الجسد " في إثبات الوجود إضافة إلى الكلمات الثابتة تجعل رسالة الطفل أكثر وضوحا . هذه اللغة قد تتضمن التالي:

١. تحديق مستمر مباشر في العين .

٢. الوقوف بإستقامة وثبات .

٣. التحدث بوضوح وبصوت مسموع .

٤. التأكد من عدم وجود لهجة ناعمة جداً في الصوت .

٥. إستخدام تعابير الوجه وإشاراته لتشديد التأكيد على الكلمات .

مميزات الطفل الذي لا يثبت وجوده .

جدول رقم ـ ١ ـ

١.يخلط بين هدف أن يكون ***محبوبا*** وهدف أن يكون محترما .

٢.سبق وتعلم أن يتصرف بسبل ***دونية*** لأنه يعتقد أنه دون غيره .

٣.لديه ***مخاوف*** من أن يكون غير محبوب أو مرفوضا ، كذلك مخاوف من القلق، تعابيير خوف من الغضب أو الإحساس بالرقة .

٤.غير قادر على ملاحظة الفرق بين ***الأنانية*** في معناها السيء وفي معناها الجيد.

٥.يهدف بإستمرار ***لإسعاد*** الآخرين بسبب مخاوفه من إغاظة الآخرين .

٦.يسمح للآخرين ***بمناورته*** لوضعه في مواقف لا يريدها .

٧.يشعر ***أن حقوق*** الآخرين أكثر أهمية من حقوقه .

٨.***يعي ذاته*** أمام السلطات ومن هم أرقى منه .

٩.يمكن ***أذيته*** بسهولة بما يقوله ويفعله الآخرون .

١٠. يشعر بأنه ***يدفع جانبا*** بسبب عدم قدرته على الثبات ليدافع عن نفسه .

١١. يشعر بالدونية لأنه يتصرف بدونية .تجاربه ***محدودة*** ولا يستخدم كل قواه .

جدول رقم ـ ٢ ـ

١.يشعر بحرية التعبير عن ذاته . " *هذا أنا*. هذا ما أشعر ، أفكر ، وأريد " .

٢.يمكنه *التواصل* مع الناس **بجميع** المستويات – غرباء ، أصدقاء ، عائلة ، هذا التواصل يبقى مفتوحا ، مباشراً ، صادقا ومناسبا .

٣.لديه *توجه إيجابي فاعل* في الحياة . يسعى وراء ما يريده . على عكسه ، الطفل السلبي . ينتظر الأشياء لتحدث ، بينما الطفل المثبت لوجوده ينوي أن يجعل الأشياء تحدث .

٤.يتصرف بأساليب تظهر *إحترامه لنفسه* ، يدرك أن الفرد لا يربح دائماً ويتقبل الحدود .

يصارع دائماً رغم العوائق ليقوم بالأفضل ، فإذا ربح ، خسر ، أو تراجع يبقى محترماً ذاته .

جدول رقم -٣-

عدم إثبات	إثبات	عدائية
تجنب المشاكل	يتعامل مع الغضب	مهاجمة الشخص
يبني الغضب والرفض	***يتعامل*** مع الغضب	يظهر غضبه بتصرفاته
يعاني نقص الثقة	*واثق*	عدائي
يتنحى عن حقوقه المشروعة	يطالب بحقوقه المشروعة	يطالب بالحقوق
يرى حقوق الآخرين ***أهم*** من حقوقه	***يرى*** حقوق الآخرين ***مساوية*** لحقوقه	يرى حقوقه *أهم* من حقوق الآخرين
يبسط نموذجا للآخرين ***لإستغلاله*** الذاتي	يبسط نموذجا من ***الإحترام*** للتعامل المستقبلي	يبسط نموذجا من ***الخوف*** وتجنب العدائيين
يترك الشخص الآخر ***يتكهن*** بما يفكر أو يشعر	يترك الشخص الآخر ***يعرف*** كيف يفكر أو يشعر	يترك الشخص الآخر يعرف كيف يشعر
يتمنى تحقيق الأهداف	يعمل لتحقيق الأهداف	يعمل لتحقيق الأهداف
يدع ***الآخرين*** يختارون نشاطاته	يختار نشاطاته بنفسه	يختار نشاطاته الخاصة ونشاطات الآخرين
يتحدث مع الآخرين باحترام الشخص الآخر فقط	***يتحدث مع الآخرين باحترام للآخر ولذاته***	***يتحدث مع الآخرين باحترام لذاته فقط***

عدم إثبات الوجود، يسمح إذا للآخرين بمعاملتك ، وأفكارك ومشاعرك كيفما يريدون دون أن تواجههم . هذا يعني أن تفعل ما يريده الآخرون بغض النظر عن رغباتك .

إثبات الوجود من جهة أخرى هو التفكير والتصرف بأســاليب تطالب بالحقــوق المشروعة . هو فعل التعبير عن الأفكار والمشاعر بأسلوب يصف حقك الإنســاني الذاتي دون إنتقــاص من حقوق الآخرين. **السبل العدائية لحل المشاكل** هــو مطالبة بما تريد دون أي اعتبار لحقــوق ومشاعر الأخرين . العدائيــة قد تكــون شفوية أو جسدية.

References

Barkley, R.A.: Defiant Children: A Clinician's Manual for Parent Training. New York, Guilford Press, ١٩٨٧.

Bierman KL, Furman WF: The effects of social skills training and peer involvement on the social adjustment of preadolescents. Child Dev ٥٥: ١٥١-١٦٢, ١٩٨٤.

Cotier, S.B. & Guerra, J.J.: Assertion Training: A Humanistic Behavioral Guide to Self Dignity, Champaign, Ill.: Research Press, ١٩٧٦.

Forhand R, McMahon R.J: Helping the Non-Compliant Child: A Clinicians Guide to Parent Training. New York, Guilford, ١٩٨١.

Kazdin AE: The Token Economy: A Review and Evaluation. New York, Plenum, ١٩٧٧.

Silver LB: The Misunderstood Child: A Guide for Parents of Children with Learning Disabilities, ed
.٢New York, McGraw-Hill, ١٩٩٢.

الفصل ٨ مساعدة الطفل للتعبير عن المشاعر

أ. ***الإنفعالات*** هي المشاعر التي ترافق إداء وظائف الأنا الأساسية . الإنفعالات الجيدة تترافق مع حس بالجودة الحسية ، الإسترخاء العضلي ، أو درجات ممتعة من التوتر . نحن نشعر بالفة ، القوة والثقة الجسدية بجسدنا وقدرته على إداء وظائفه . بعكس ذلك الإنفعالات غير السارة تترافق مع ردات فعل متنوعة وغير مريحة جسديا .

الغضب والمخاصمة هي ردات فعل محددة تعكس أداء وظيفيا ضعيفا للأنا . هذا لا يعني أن نقول أن الأشخاص ذوي الأنا الفاعلة لا يشعرون بالغضب أو الخصومة ولكنهم على الأرجح بعد وقت معقول يتمكنون من ***السيطرة*** على أنفسهم حتى مرور الحالة ، ويعبرون عن غضبهم بطريقة مقبولة إجتماعيا أو يتجاوزون الإحباط الذي سبب الغضب .

على مستوى تنموي سلوك المعارضة والسلبية لا يشيد بالضرورة الى المخاصمة. فإن من وجهة يظر المحللين النفسيين كدافع غريزي ، أو من إستيعاب النظرية التعليمية كمكتسب للرد على الإحباط ، الخصومة والعدائية،تظهر السلبية كجزء متمم لحالة الطفل في بسط إتصاله مع العالم .

من أجل دفع الأطفال ليتمتعوا بصحة نفسية ، مع إحساس قوي بتقدير الذات يحتاج الأهل للسماح لأطفالهم بالتعبير عن مشاعرهم بحرية .لسوء الحظ معظم الأهل لا يفعلون ذلك . ما يمنع غالبية الأهل من منح أطفالهم الفرصة للتعبير عن مشاعرهم الحقيقية هو أن الأهل ما كان يسمح لهم بهذا الأمر عندما كانوا أطفالا . إذا عميقا في قعر عقلنا اللاواعي نحن نؤمن أنه من الخطأ أن نسمح لأطفالنا بالتعبير عن مشاعرهم الحقيقية ***في السنوات بين ٣ و ٦ يتعلم طفل ما قبل المدرسة إما التعبير أو كبت مشاعره*** . سنوات ما قبل المدرسة هي

السنوات حيث نشجع أطفالنا لإظهار مشاعرهم . في سنوات الدراسة يمكننا تعليم أطفالنا أن يميزوا متى يمكن إظهار مشاعر معينة بأمان ، ومتى لا يكون من الحكمة أن نظهرها .

الوقت المناسب لبدء تعليم الأطفال أن الناس الآخرين يملكون مشاعراً هو *سن السادسة* وليس ما قبل المدرسة . كذلك يمكن تعليم أطفال السادسة أن يحترموا مشاعر الآخرين .

ب. ***تعبير الغضب إنها فكرة جيدة أن نسمح لأطفالنا بإظهار جميع مشاعرهم السلبية كما الإيجابية*** . الأطفال ، مثل الكبار لا يملكون السيطرة على مشاعر الغضب ، فهي تأتي إلى الفكر دون طلب أو إستئذان ، وتوجد هنا إذا سمحنا أو لم نسمح لها . فقط عندما يسمح للطفل بإظهار مشاعره السلبية دون خوف وإخراجها من داخله ، يتمكن أيضاً من إظهار مشاعره الإيجابية . خلافاً لذلك ، سيكبت جميع إنفعالاته داخلاً لخوفه من أن الإنفعالات السلبية غير المسموحة ستظهر ايضاً .

إن مشاعر الحب والوداد لن تبرز حتى تتم المجاهدة بمشاعر الغضب والخصومة.

ربما أن السبب في عدم سماح الأهل للأطفال بالتعبير عن مشاعرهم السلبية يكمن في أنهم عندما كانوا هم أطفالاً لم يكن يسمح لهم بإظهار مشاعرهم السلبية . وهكذا يمرر الأهل نفس هذه الممنوعات النفسية لأطفالهم إنها فكرة جيدة أن نمنع الأطفال من *أفعال ضد المجتمع* مثل الضرب ، السرقة، وغيرها من السلوك العدائي. لكنها ليست فكرة جيدة أن نمنع مشاعره ضد المجتمع. الصغار من الأطفال يميلون للتعبير عن مشاعرهم بحرية حتى يرتكب الأهل خطأ تعليمهم أن لا يفعلوا ذلك .

إذا علم الأهل أطفالهم كبت مشاعرهم ودفعها إلى الأعماق ، جميع أنواع المشاكل النفسية ستنمو بعدة أساليب متخفية .

من المهم للأهل التمييز بين الشاعر والأفعال . يمكن للطفل أن يتعلم السيطرة على أفعاله ، ولكن لا يمكنه أن يتعلم السيطرة على مشاعره .

هذا التمييز بين المشاعر والأفعال هو قاعدة هامة يجب تذكرها طوال فترة نمو الطفل وتطوره وحتى المراهقة .

فإذا أخذنا كمثل شعور الغضب ، ليس بيد الطفل حيلة كي لا يشعر به ، لا يمكنه التحكم بشعوره ، ما يمكن للطفل تعلمه هو السيطرة على الأفعال التي تعبر عن مشاعره الغاضبة بطريقة مضادة للمجتمع مثل ضرب طفل آخر .يمكن للأهل تعليم أطفالهم من سن السادسة وما بعد أن هنال أوقات وأماكن للتعبير عن مشاعرهم ، وأن الطفل بعض الأحيان يجب أن يحتفظ بمشاعره لنفسه وإلا تعرض للمشاكل .

المشاعر المكبوتة تسبب مشاكل نفسية خطيرة . الراشدون في معالجة المشاكل النفسية يتعلمون في العلاج النفسي كيف يعبرون عن مشاعرهم بأسلوب مناسب . علموا الأطفال للعبير عن مشاعرهم بأسلوب مناسب وهم ما يزالون صغاراً . هذا يزيد فرصهم لصحة عقلية جيدة عندما يكبرون . لا يحتاج الأطفال للتعبير عن مشاعرهم بالكلام فقط ، بل ايضاً لمعرفة أن اهلهم ***يفهمون*** حقاً كيف يشعرون. من المهم لأحد الأبوين أن يظهر لطفله أنه يفهم شعوره بأن يضع مشاعر الطفل في كلماته هو ثم يقولها له .

معظم الأهل ، من جهة أخرى ، يحاولون إقناع الطفل بالتخلي عن مشاعره السلبية . يجب على أحد الأبوين أن يوضح للطفل أنه يفهم شعوره . هذا يصبح أسلوباً في الحياة حيث يتعلم الأهل منح إنتباه هام لمشاعر أطفالهم وإحترام حقهم بإمتلاك المشاعر والتعبير عنها . قد نعلم الطفل أن يهدىء روعه عند الغضب بسماع الموسيقى ، حل المركبات أو الإنفراد . السماح للطفل بإظهار مشاعره قد لا يكون العلاج الأفضل لكل الصعوبات ولكنه ***الخطوة الأساسية الأولى*** لبناء علاقة أهلية جيدة مع الطفل .

References

Grotberg, E., Feindler, E., White, C., et al: Using anger management for prevention of child abuse, In Keller P,Heyman S (eds: Innovations in Clinical Practice: A Source Book Sarasota, FL, Professional Resource Press, pp
.١٩٩١ ,٢١-٥

Spielberger, C.: State-Trait anger Expression Inventory. Odessa, FL, Psychological Assessment Resources, ١٩٨٨.

Stern JB, Fodoring: Anger Control in Children. A Review of Social Skills and congnitive behavioral approaches. Child Family Behavioral Therapy. ١١:١, ١٩٨٩.

Weisberg, Lynne and Greenberg, Rosalie: When Acting Out Isn't Acting: Understanding Child and Adolescent Temper, anger and behavior disorder. Washington, D.C. The PIA Press, ١٩٨٨.

يؤثر ***ضغط الحياة*** بتنوع في الأطفال إعتماداً على سنهم ونضجهم التنموي . أي تدخل فاعل يتطلب معرفة أن كل نوعاً من الضغط له نوع خاص من التأثير ، مع إعتبار موت أحد الأبوين أكثر الضغوط قوة .

يصف ***سايليه*** selye الضغط كحدث يثير تغييرات جسدية معينة في التوازن العصبي والهرموني للجسم . أنه لم يميز بين الأحداث المرغوبة المفرحة والحوادث المرفوضة غير السارة . لذا ، حسب ***سايليه*** selye ***جميع التغييرات هي ضاغطة*** . آخرون إعتبروا إدراك الفرد بغض النظر عن طبيعة الحدث ، كعنصر مقرر حول كمية الضغط التي قد يسببها حدث معين .

ردات الفعل النفسية التي تتبع كارثة طبيعية مثل هزة أرضية معروفة بشكل واسع. الحرب قد تنتج عبئاً عاطفياً متزايداً على افراد الجنود والمدنيون الذين يقعون في الأسر في منطقة المعارك . الموت أو الإنفصال عن أحد الأبوين ، المرض المزمن أو دخول الطفل المستشفى ، ولادة طفل قريب في السن أو تغيير المدرسة هي كلها ضغوطات حياتية هامة .

بالنسبة للرضيع الذي لم يتعلم بعد كيف يمشي ، أو يتكلم ، أو يطور مهارة يدوية ، يمكن للضغط الناتج عن غياب المربية أن يؤدي إلى عواقب خطيرة . لقد أظهرت الإحصاءات الأخيرة أن هؤلاء الرضع يصابون بالإحباط والتقهقر عند غياب المربين والمثيرات . يظهر أن هناك ***فترة دقيقة*** لمدة حوالي ثلاثة أشهر بعد الحرمان ، حيث تكون عودة المربية أو إحضار بديل يملأ الفراغ بقوة أمر فاعل في مساعدة الرضيع لإستئناف نموه . بعد هذه الفترة الدقيقة ، يصبح تأثر النمو خطيرا حتى لم تمت إعادة اللحمة بين المربية السابقة والطفل . أكثر الضغوط أهمية ***لطفل ما قبل المدرسة*** هو موت أحد الأبوين أو كليهما . هذا

الطفل يبدو حزينا ، قانطا ، محبطا ، ولديه مميزات آخرى من ردات الفعل الحزينة . يحتاج الطفل إلى الراحة والتأكيد أنه سيحصل على العناية والإهتمام .

غالبا يكون هناك فقدان للتحكم بالمثانة أو الأوعية البولية ، إستخدام لكلام طفولي ، وتراجع سيكولوجي إلى مرحلة سابقة من النمو في المجتمع يميزها التعلق بشخص راشد وصعوبة في الإنفصال . ضغط آخر مهم لهذا الطفل هو الإنفصال عن العائلة بسبب الحاجة إلى عناية طبية . دخول المستشفى قد يسبب قلقاً شديداً . امراض مثل الربو ، حمى الروماتيزم ، أو تصحيح عيوب خلقية تتطلب جراحة ، تنتج ضغطاً مهيمناً على الطفل بسبب الألم العظيم المرافق للعملية ومعرفة أن الأبوين القويين لا يستطيعان تخفيف الألم .

الأطباء وطاقم المستشفى عادة يشجعون الطفل ليكون شجاعاً والطفل يتعلم إنكار الألم والخوف من الإجراءات .

العديد من هؤلاء الصغار يصبحون متقهقرين وخجولين ، بما أنه يتم تشجيعهم على التحدث عن الألم والخوف الذي يمرون به . لديهم ايضاً صعوبة في التعبير عن مشاعرهم بالكلمات . ضغط الألم في المرضالجسدي أو تصحيح العيوب الخلقية يتطلب من الأهل وإختصاصيي الصحة إعطاء ***الإذن*** للطفل كي يتعرف على الألم .

المتطلبات التنموية للطفل في ***سن المدرسة*** هي استخدام طاقاته الإدراكية المتزايدة ،استثمار نفسه في التعلم والمشاركة الإجتماعية مع الأقران ، غالبا من نفس جنسه . الخسارة الأهلية بسبب الموت هو ضغط خطير في هذا السن .

الطفل في سن المدرسة يمكنه أن يفهم بوعي أن الموت هو خسارة دائمة .
على أي حال ، إدراكه الواعي صلب جداً ، تفهمه لإسباب الموت مجزأ ويتطلب تفسيرات . الخسارة الأهلية أيضا ، قد تقود إلى تراجع سيكولوجي إلى مرحلة سابقة من النمو وهي الإحباط وعدم القدرة على التعلم والتفاعل مع الأصدقاء .

يحتاج أطفال سن المدرسة نقاشات مفتوحة للأحداث وتعليقات من كبار متفهمين . موت أخ أو أخت أو المرض الشديد ذات تأثير أساسي . يحتاج الطفل إلى ***مشاركة اللوعة*** مع الأهل الملتاعين ويحتاج للقدرة أن يكون صريحا حول بعض مشاعر الذنب التي تثيرها المنافسات والغيرة الموجودة عند الأطفال . أخلاقية الطفل الشخصية تبرز بشكلها الحاد مع موت أخ أو أخت أو وجود مرض خطير ، يحتاج الطفل لمناقشة مخاوفه مع تأكيدات حول إستمراريته الذاتية المتوقعة .

تأثير المرض الشديد على الأطفال في هذا السن هو ضغط حياتي رئيسي . تجربة المستشفى بذاتها مرعبة ويجب تحضير الطفل لها بالنقاش مع الأهل والطبيب ورؤيتها قبل الوقت المحدد كي لا تعود غريبة وغير مألوفة .

وبما أن أفكار الأطفال حول أقسام أجسادهم مجزأة من المهم مساعدتهم ليتعلموا عن داخلهم وكيفية عمل أجسامهم . يحتاج الأهل للبقاء بجانب سرير الطفل معظم الوقت .

من المهم للمعلمين أن يتنبهوا للتغيرات في سلوك الطفل في هذا السن ، خصوصا من التعلم إلى عدم التعلم . الطفل السعيد الذي يصبح محبطا أو يبدأ بالتصرف بعناد في الصف قد يكون متورطا بصراع في المنزل أو مر بتجربة ضغط مهيمن.

طاقم المدرسة الذي يبدي إهتمامه ويعطي أذنا صاغية سيؤمن فسحة هروب لمشاعر الطفل بالقلق ، الأذية ، الخوف والغضب . قد يمكن لهم أيضا مساعدة الأهل لملاحظة الحاجة للإنفتاح وبدء النقاش حول قلق الطفل ومخاوفه .

الضغط في بداية ومتوسط المراهقة أهداف المراهقة المبكرة هي التعامل مع التغيرات الهرمونية التي تنتج مظهرا لافتا ، الإنضمام إلى مجموعة من الأقران ، البدء باستخدام طاقات التفكير العملية المكتسبة سابقا – أي ، التفكير بشكل مجرد في الرياضيات ، العلوم ، التاريخ ، الفلسفة ، الإبكار والحماس لتغيير العالم ، والإستقلالية بشكل تدريجي عن الأهل .

في متوسط المراهقة تكون المتطلبات بدء عملية انفصال عن الأهل ، لكن دون غربة . المراهق يستخدم المجوعة لتنمية علاقات حميمة ويبدأ باستكشاف أحاسيس التقرب والود مع مراهقين من الجنس الآخر . التحضير للعمل أو المهنة يبدأ خلال هذه المرحلة .

أبحاث الضغط في خانة هذا السن تورد بالترتيب حسب الأهمية ، موت أحد الأبوين ، موت أخ أو أخت (خصوصاً بواسطة الإنتحار) ، المرض الشديد الحاد، وخصوصاً الأمراض المزمنة ، التي تؤثر في الصورة الذاتية للشخص كصديق مرغوب ومحبوب مهم .

مصدر آخر للضغط الخطير هو ***خسارة الدعم الأهلي*** عبر خسارة أحد الأبوين لعمله ، الطلاق ، أو غربة أحد الأبوين بسبب مشاعر المنافسة . بعض الأهل قد يحسد إمكانيات التجارب الجديدة ، المليئة بالحظ ، المفتوحة أمام المراهقين .

حاجة هامة في هذا السن هي لكبير يستمع للمراهق ويعطيه الفرصة للتحدث والإحساس بالتفهم دون إعطائه محاضرات أو نصائح .

قاعدة هامة لتدبر الضغط في أي سن بعد الرضاعة ، المفتاح لتدبر أمر الضغط هو قدرة الكبار على ***توقع*** ألم الطفل في أوضاع معينة وتوفير جو باعث لتعبير الطفل الحر عن إهتمامه ومشاعره .

كجزء من التربية الأهلية الفاعلة ، يحتاج الكبار لتأمين وجود أهلي للأطفال الذين يواجهون أحداثاً حياتية مؤلمة .

من المهم أن تعطي ***توجهات الأهل*** إذناً للطفل بالتحدث معهم بصراحة ، كما مع المعلين ومع الآخرين ، حول إهتماماتهم . هذه الحرية تسمح بمشاركة الأحداث الضاغطة مع وجود الكبار الأقوياء المساعدين مما يمكن الطفل من السيطرة على ضغط الحياة بنجاح أكبر وتنمية حس بالمنافسة والقدرة على التحكم .

References

AACAP: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Anxiety Disorders. J.A.A. Child add. Psych. ٣٢:١٩٩, ١٩٩٣.

Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D.M., Valliant G.E.: Life stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. Journal of Nervous and Mental Disease. ١٦٦(٥):٣٠٧-٣١٦, ١٩٧٨.

Askenasy, A.R., Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S.: Some effects of social class and ethnic group membership on judgments of the magnitude of stressful life events: A research note. Journal of Health and Social Behavior. ١٨:٤٣٢-٤٣٩, ١٩٧٧.

Burke, R.J., Weir, T.: Sex differences in adolescent life stress, social support and well-being. Journal of Psychology. ٩٨:٢٧٧-٢٨٨, ١٩٧٨.

Chrousos CP, Gold PW: The concepts of stress and stress systems disoders: Overiew of physical and behavioral homeostasis. JAMA ٢٦٧:١٢٤٤-١٢٥٢, ١٩٩٢.

Cobb, S.: Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. ٣٨:٣٠٠-٣١٣, ١٩٧٦.

Coddington, R.D.: The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. I. A survey of a professional workes. Journal of Psychosomatic Research. ١٦;٧-١٨, ١٩٧٢.

Coddington, R.D.: The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. II. A study of a normal population. Journal of psychosomatic Research. ١٦;٢٠٥-٢١٣, ١٩٧٢.

Despert, J.L.: Emotional factors in some young children's colds. Med. Clin. North Am., ٢٨:٦٠٣, ١٩٤٤.

Gersten, J.C., Langner T.S., Eisenberg, J.G., Orzek, L.: Child behavior and life events: Undesirable change or chage per se?, in Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (eds): Stressful Life Events: Their Nature and Effects. New York, Wiley, pp. ١٥٩-١٧٠, ١٩٧٤.

Glavin GB: Stress and brain noradrenaline: a review. Behav Neurosci Rev ٩:٢٣٣-٢٤٣, ١٩٨٥.

Gold, PW, Goodwin FK, Chrousos GP: Clinical and biochemical manifestations of depression: Relation to the neurobiology of stress, part II. N Eng J Med ٣١٩:٤١٣-٤٢٠, ١٩٨٨.

Gosse, E.: Father and son: A Study of Two Temperaments, Heinemann, London.١٩٠٩ ,

Graham, D.T., Stevenson, I.: Disease as response to life stress. I. The nature of the evidence, in Lief HI, Lief VF, Lief NEUROLEPTICS (eds): The Psychological Basis of Medical Practice. New York, Harper & Row pp. ١١٥-١٣٦, ١٩٦٣.

References

Holmes, T.H., Masuda, M.: Life change and illness susceptibility, in Separation and Depression. American Association for the Advancement of Science, pp. ١٦١-١٨٦, ١٩٧٣.

Holmes, T.S., Holmes, T.H.: Short-term intrusions into the life style routine. Journal of Psychosomatic Research. ١٤:١٢١-١٣٢, ١٩٧٠.

Horeling, G., Atwell, S., Linsky, A.: Adolescent life changes and illness: A comparison of three models. Journal of Youth and Adolescence. ٧:٣٩٣-٤٠٣, ١٩٧٨.

Irwin MR, Strausbaugh H: Stress and immune changes in humans: A biopsychosocial model. In Gorman JM, Kertzner RM (ed): Psychoimmunology Update. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. ٥٥-٧٩, ١٩٩١.

Johnson, EO, Kamilaris, TC, Chrousos, GP, et al: mechanisms of stress: A dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. Neurosci Biobehav Rev ١٦:١١٥-١٣٠, ١٩٩٢.

Kiecolt-Glaser JK, Glaser, R: Stress and the immune system: Human studies. In Tasman A, Riba MB(eds): Review of Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. ١٦٩-١٨٠, ١٩٩٢.

Miller, AH, Stein, M.: The immune system and depression. In Tasman A, Riba MB (eds): Review of Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. ١٨١-٢٠١, ١٩٩٢.

Prugh D.G.: Toward an understanding of psychosomatic concepts in relation to illness in children. In: Modern Perspectives in Child Development. (A. Solnit ans S. Provence, Eds.). New York, International Universities Press, ١٩٦٣

Rahe, R.H.: Life-change measurement as a predictor of illness. Proceedings of the Royal Society of Medicine. ٦١:١١٢٤-١١٢٦, ١٩٦٨.

Schanberg, S.M., Field, T.M.: Maternal deprivation and supplemental stimulation. In Field TM, McCabe PM, Schneiderman N (eds): Stress and Coping Across Development. Hillsdale, NJ, Erlbaum, pp. ٣-٢٥,, ١٩٨٨.

Selye, H.: A syndrome produced by diverse nocuous agents. Nature ١٣٨:٣٢, ١٩٣٦.

Sigal, J.J.: Enduring disturbances in behavior following acute illness in early childhood:Consistencies in four independent follow-up studies. In: The Child in His Family: Children at Psychiatrice Risk. (E.J. Anthony and Koupernik, Eds.). New York, Wiley, ١٩٧٤.

Spitz, R.A.: The psychogenic diseases in infancy. An attempt at their etiologic classification. Psychoanalytic Study of the Child. ٨:٦٥-٧٨, ١٩٥٣.

Weiss, J.M., Sundar, S.: Effects of stress on cellular immune responses in animals. In Tasman A, Riba MB (eds): Review of Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatrice Press, pp. ١٤٥-١٦٨, ١٩٩٢.

Wyler, A.., Masuda, M., Holmes, T.H.: Magnitude of life events and seriousness of illness. Psychosomatic Medicine. ٣٣:١١٥-١٢٢, ١٩٧١.

الجنس العضوي يعتمد على عناصر هرمونية وكروموزومات وغدد تناسلية كما على بنية الجهاز التناسلي الداخلي وتشكل الأعضاء التناسلية الخارجية .العنصر الأكثر أهمية في تحديد جنس الرضيع هو إظهار الأعضاء التناسلية الخارجية .

إن إنطلاق النضج الجنسي يدل على بدايته بزيادة إفراز الهرمونات في الغدد التناسلية . عند الصبيان والبنات معا ، يظهر مستوى " الأندروجين " في الدم إرتفاعا حادا ، وعند البنات ، هناك زيادة كبيرة في مستوى " الإستروجين " . يبدأ النضج عند الفتيات قبله عند الصبيات . نمو الثديين وظهور شعر العانة يليهما بدء الدورة الشهرية . عند غالبية الفتيات ، تبدأ الدورة الشهرية حوالي سن الثانية عشرة ، مع ذلك ، قد تبدأ عند البعض مبكرا في سن التاسعة أو مؤخرا في سن السابعة عشرة .

عند الصبيان ، يزيد مع النضوج حجم الأعضاء التناسلية ، ويتغير الصوت (يتخرش) نتيجة نمو الحنجرة ، ولاحقا ، نمو شعر الوجه . القذف يبدأ عادة حوالي سن الرابعة عشرة ، ويتراوح بين سن الثانية عشرة والسابعة عشرة .

الأطفال يبدأون بملاحظة أنفسهم كصبيان أو بنات خلال السنوات الثلاث الأولى من الحياة . خلال سنوات الدراسة الأولى تشيع كثيرا ألعاب جنسية تتضمن إستكشافا أو إستراق نظر للمناطق التناسلية عند الصبيان والبنات . في متوسط الطفولة ، يصبح واضحا الآن ، بعكس ما ***يفترضه فرويد*** **Freud** أن الإهتمامات الجنسية والنشاطات الإستمنائية لا تتقلص ، على الأرجح ، يأتي الطفل لإستنتاج أن مثل هذه النشاطات لا يحتملها الكبار كثيرا وهكذا لا يقوم بها في العلن. في الواقع ، عملية الإندماج الإجتماعي تتطلب من الأطفال السيطرة على النشاطات الجنسية مع دخولهم المدرسة ، ويتوافق الأهل مع المعلمين حول عدم ملائمة مثل هذا السلوك في العلن .

الإستنماء والمداعبة الجنسية قد تصبح سبباً لإهتمام الأهـــل عندمـــا يظــهر السلوك بأوضاع غير مناسبة أو يتكرر بكثرة . رغم أنه لا قاعدة يمكن الإحتكـــام إليها حول نسبة التكرار الطبيعية ، فالطفل الذي ينغمس في إثارات تلقائية يوميـــة *متكررة* أو يفضل الألعاب الجنسية على **جميع** ما عداها من ألعـــاب هـــو بحاجـــة لمراجعة نفسية . الإنهماك بالجنس ونشاط الإستنماء المفرط قد يكون نتيجة لفشـــل الطفل في المساهمة بالتفاعلات الإجتماعية ولكي يستحصل على المتعة من أنـــواع أخرى من التفاعل مع بيئته .

الأطفال المحبطون والمتقهقرون قد يحاولون تحسين مزاجهم أو تحريف قلقـــهم بالإثارة الذاتية . المواضيع الجنسية قد توجد كأفكار تتملك الطفل رغم نيته بشـــغل إنتباهه عنها .

بعض الأطفال يتعرضون ***لنشاطات جنسية من الكبار*** في المنزل ويفشلون فـــي تطوير التحكم الإجتماعي المطلوب على دوافعهم الجنسية ، وينغمسون بمثل هـــذه النشاطات في العلن . الأطفال المنحرفون أو أولئك الذين يعـــانون صعوبـــة فـــي التحكم بدوافعهم لا يتمكنون أولا يريدون الإنصياع لما يتوقع منهم مجتمعهم مـــن سلوك .

عند الصغار جداً من الأطفال قد يعود الإنشغال بالأعضاء التناسلية إلى مشاكســات جنسية أو فساد لا يمكن للطفل وصفـــه . ***خلال المراهقة المبكرة ، قد ينغمس الصبيان بألعاب جنسية مثل إظهار أعضائهم التناسلية أو لمس وتحسس أعضاء رفاقهم .*** هذا النوع من السلوك ليس نذيراً على الشذوذ الجنسي لاحقـــا ، مع ذلك الأطفال الذين يصبحون شاذين جنسياً عندما يكبرون قد ينغمسون أيضاً في مثل هذه النشاطات .

شكوى الأهل وإهتمامهم حول سلوك أطفالهم الجنسي يتطلب دائماً تقويماً شـــاملاً للطفل وإستكشاف متعمق لأراء الأهل وتوجهاتهم بالنسبة لتوقعاتهم حـــول النمـــو

الجنسي للطفل . عندما يكون سلوك الطفل بكل وضوح ضمن النطـــاق الطبيعـــي للنشاط الجنسي في سنه ، يكفيه المساندة والتفسير ، من جهة آخــرى قــد تكــون نشاطات الطفل الجنسية أعراضا ***لمشاكل نفسية*** أخرى أو علاقات متوترة بين الطفل وأهله . هذه الأوضاع تحتاج تدخلاً صارما .ربما يكون هناك حاجة لعــلاج نفسي عائلي و/ أو فردي لشفاء الحالة .

المراهقون من الصبيان والبنات قد يلجأون إلى العلاقــات الجنســية المغــايرة أو المثلية (الشاذة) كعلاج لإحساسهم بالوحدة والإحباط أو كبديـــل لفقــدان الســند العاطفي من عائلاتهم .***آخرون قد ينصاعون لعلاقات جنسية مع الكبار لتأمين مشاعر الحماية والرغبة*** . العلاج عند هؤلاء المرضى يجـــب أن يتوجــه إلـــى الإنزعاج العاطفي الكامن والسيطرة على النتائج غير المرغوبة وغير المخططـــة للسلوك الجنسي ، مثل الحمل أو مرض الزهري .

الخوف من الشذوذ الجنسي عند المراهقين من صبيان وبنات قد يعود إلى القلـــق حول تقبلهم من الجنس الآخر أو مشاعرهم القوية تجاه أشخاص من ذات جنسهم . إستكشاف طبيعة هذه المشاعر وتوضيح معنى هذه التصرفات يكون عـــادة كافيـــا لإعادة الأمان لهؤلاء المراهقين .

References

Bornstein, B" :.On Latency ",in Eissler, R.S., et al. (Eds.), The Psychoanaalytic Study of the Child, vol. ٦, pp. ٢٧٩-٢٨٥, International Universities Press, New York, ١٩٥١.

Coates, S., and Person, E.S.: Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder? Journal of the American Academy of Child Psychiatry, ٢٤, (٦) ٧٠٢-٧٠٩, ١٩٨٥.

Committee for Children: Talking About Touching: A Personal Safety Curriculum. Seattle, Washington, ١٩٨٧.

Ducharme JR, Forest MG: Normal Pubertal development. In Bertrand J, Rappaport R, Sizonenko PC (eds): Pediatrice Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Aspects. Baltimore, Williams & Wilkins, pp. ٣٧٢ ٨٦, ١٩٩٣.

Erik, H.: Ch.٢, The Theory of Infantile Sexuality. Childhood and Society W.W. Norton. New York, pp. ٤٨-١٠٨ [focus on pp. ٤٨ ٩ ١٩٦٣.

Erikson, E. H.: Identity: Youth and Crisis. New York: Norton, ١٩٦٨.

Freud, A" :.A Psychoanalytic View of Developmental Psychopathology, Journal of the Philadelphia Association of psychoanalysis, ١:٧-١٧, ١٩٧٤.

Freud, A.: Adolescence. Psychoanalytic Study of the Child ١٣:٢٥٥-٢٧٩, ١٩٥٨.

Freud, S" :.Outline of Psychoanalysis ",in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (hereafter: The Standard Edition), vol. ٢٣, p.٢٠٥, Hogarth Press, London, ١٩٦١.

Freud, S" :.The Ego and the Id ",in The Standard Edition, vol. ١٩, pp. ٣-٦٦, Hogarth Press, London, ١٩٦١

Freud, S" :.Three Essays on the Theory of Sexuality," in The Standard Edition, vol. ٧, pp. ١٢٥-٢٤٣, Hogarth Press, London, ١٩٥٣.

Freud, S.: Inhibitions, Symptoms and Anxiety. Standard Edition, Vol. ٢٠, ١٩٢٦.

Friedrich WN: Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. Child Abuse Negl ١٧:٥٩-٦٦, ١٩٩٣.

Greenacre, P" :.Anatomical Structure and Superego Development ",American Journal of Orthopsychiatry, ١٨:٦٣٦-٦٤٨, ١٩٤٨.

Greenacre, P.: The influence of infantile trauma on genetic patterns. In: Psychic Trauma .Ed. S.S. furst. New York: Basic Books, pp. ١٠٨-١٥٣, ١٩٦٧.

Herman-Giddens, ME, Sandler, AD, Friedman, NE: Sexual precocity in girls: An association with sexual abuse? Am J Discipline Child ١٤٢:٤٣١, ١٩٨٨.

Ramsey, C.V.: The sexual development of boys. Am.J. Psychology, ٥٦:٢١٧-٢٣٣, ١٩٤٣.

Solnit, A.J., Call, J.D., Feinstein, C.B.: Ch. ١٥, Psychosexual Development: Five to Ten Years, op. Cit. Pp. ١٨٤-١٩٠,

References

Sorensen, R. C.: Adolescent Sexuality in Contemporary America. New York: world Publishing, ١٩٧٣.

Surbey, M.K.: Family composition, stress, and the timing of human menarche. In Bercovitch FB, Zeigler TEGRETOL (eds): The Socioendocrinology of Primate reproduction. New York, Alan R. Liss, ١٩٩٠.

Williams, K., Goodman, M., and Green, R.: Parent-child factors in gender role socialization in girls. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, ٢٦ (٦), ٧٢٠-٧٣١, ١٩٨٥.

Zucker, K.J., Bradley, S.J., Doering, R.W., and Lozinski, J.A: Sex-typed behavior in cross-gender-identified children: Stability and change at a one-year follow-up. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, ٢٤ (٦), ٧١٠-٧١٩, ١٩٨٥.

المراهقة هي الفترة الممتدة ما بين بدء النضوج وسن العشرين . السلوك خلال المراهقة يتأثر بتغيرات عضوية ، تغيرات في العلاقات العائلية والتأثير الحضاري.الإختلافات الفردية مهمة بشكل خاص في المراهقة ولها تأثير هائل على السلوك . على أي حال ، هناك سلسلة من ***المتطلبات التنموية*** التي يواجهها كل شخص خلال سنوات المراهقة .

تقسم المراهقة إلى ثلاثة مراحل : المراهقة المبكرة ، المتوسطة ، والمتأخرة . تتنوع الحدود بين هذه المراحل من فرد إلى آخر .

المراهقة المبكرة تمتد المراهقة المبكرة من ١٢ إلى ١٤ سنة . هذه المرحلة تتميز بتقلب المزاج ، الميل للعودة إلى السلوك الطفولي ، تقلب عاطفي ، ومسلكيات فجائية . المشاعر والمسلكيات الإضافية التي تميز هذه الفترة تتضمن القدرة على الأفكار المجددة ، التحرك نحو الإستقلالية ، البحث عن ***أشخاص جدد يحبهم إضافة إلى الأهل*** ، الميل إلى التعبير عن المشاعر بالأفعال بدلاً من الأقوال، جفاء من وقت لآخر مع الأهل ومع الأخرين ، والتأثير القوي للإقران في مختلف مجالات الإهتمام . ***النضج الجنسي*** هو مرحلة تنموية هامة يواجهها المراهقون في هذه المرحلة .البنات تكون أكثر نضجاً من الصبيان . هناك إهتمام أكبر بالخلوة وإهتمام بالوجود مع أصدقاء من نفس الجنس ونشاطات جماعية . بعض المراهقين قد يصبح خجولاً ومحتشماً بينما آخرون قد يصابون بحب الظهور. هناك إختبار بالجسم ***(الإستمناء أو العادة السرية)*** . كذلك قد تحدث في هذه الفترة تجارب للسجائر والكحول .

المراهقة المتوسطة تمتد المراهقة المتوسطة من ١٤ إلى ١٧ سنة . خلال هذه المرحلة يكتسب المراهقون مهارة إجتماعية أكبر ، أساليب أكثر إقناعاً ، وإحتمالاً أكبر ***لعدم التوافق*** مع الآخرين . في حركتهم نحو الإستقلالية ، ينمي المراهقون

تقديراً أقل للأهل ، جهداً زائداً لإيجاد أصدقاء جدد ، تركيزاً أكبر علـــى ***مجموعة الأقران*** ، مشاعر بغرابة الذات ، التعاقب بين توقعـــات رفيعـــة ومفـــهوم ذاتـــي ضعيف، وأقصى الإهتمام بالمظهر والجسم في مجـــال ***النضج الجنسي*** ، هنـــاك إهتمام بالجاذبية الجنسية ، تغيرات متكررة في العلاقات ، مشاعر بالحب والعاطفة الجامحة ، وخوف من الشذوذ الجنسي . في هذه المرحلة أيضاً هناك إهتمام بتطور المثاليات والنماذج ، عقلانية وضمير أخلاقي .

المراهقة المتأخرة تمتد المراهقة المتأخرة من ١٧ إلى ٢٠ سنة . هذه هي فـــترة تثبيت الهوية . يبدأ المراهقون خلال هذه المرحلة بإعطاء الإجابة للخاصة والعامة معاً عن سؤال من أنا ؟ . هنا تتم خيارات الحياة الهامـــة . ***السـلوك الإجتمـاعي*** يصبح أكثر فاعلية ، وتتثبت الأخلاقيات ، تغيرات إدراكية هامة تصل إلـــى ذروة نموها في المراهقة المتأخرة . هذه المرحلة يمكن أن تصل إلى مفاهيم عامة بعـــد تفحص حقائق وإحتمالات متنوعة . في هذه المرحلـــة يتضمـــن التحـــرك نحـــو الإستقلالية قدرات متطورة على ***المكافأة المتأخرة*** ، التعبـــير عـــن المشـــاعر بالكلمات وإتخاذ قرارات مستقلة والقدرة على التراضي . هناك إعتماد أكثر علـــى الذات ، إعتزاز بالعمل الشخصي ، وحس أفضل بالمرح . هناك أيضاً إســـتقلالية عاطفية أكبر وإهتمام بالآخرين .

إهتمامات المهنة تتضمن عادات عمل أكثر تحديداً ، مستوى أعلى من الإهتمـــام بالمستقبل ، وتفكير بدور الشخص في الحياة .

النضج الجنسي خلال هذه المرحلة يتضمن إهتمامات بعلاقـــات جديـــة ، هويـــة جنسية واضحة وطاقة متزايدة على الرقة والحب .الإعتبارات الأدبيـــة تتضمـــن الضغط على الكرامة الشخصية وتقدير الذات ، قدرة أكبر لتحديد الأهداف والسعي لتحقيقها، وتقبلاً أكبر للمؤسسات الإجتماعية والتقاليد الحضاري.

من المهم للأهل والمعلمين أن يتذكروا أن هناك على الأقل ستة أشياء يحتاجها المراهقون إلى حد الإستقلال .

١.***الحب*** دون حب الأهل ، يواجه المراهق صعوبة بتطوير حسه بالثقة ، القيمة الذاتية ، والإئتمان .

٢.***المكان*** يحتاج المراهقون إلى غرفة للنمو ، التفكير ، التعلم ، وإرتكاب الأخطاء . الوقائية المفرطة أو التدخل المفرط يمنع الإستقلالية .

٣.***الأصدقاء*** يساعد الأصدقاء في الإنتقال من المنزل إلى العالم الخارجي ، ويقدمون الراحة ، الأمان ، والتعاطف .

٤.***التقاليد*** فيما إذا كانت دينية ، روابط عائلية أو طقوس إحتفالية ، التقاليد تعطي المراهقين جذورهم .

٥.***الحدود*** يحتاج كل مراهق إلى حدود كي يتعلم العمل في العالم الحقيقي . قوانين تأمن قاعدة من الأمان . حتى لو حاربها المراهق ، سوف يعلم ماذا يحارب .

٦.***الكبار*** يحتاج المراهق أن يعرف أن هناك من هو أكبر منه ليتحدث إليهاعندما تتعقد الأمور ، يحتاج نموذجا متواجداً ، متفهماً وحكيماً . بالمختصر ، ***المتطلبات النفسية خلال المراهقة*** تتكون من :

١.***تشكيل الهوية.***

٢. القدرة على ***إستبقاء حس بالتميز*** . ليس كمثل الأطفال الذين تعاملهم عائلاتهم بتميز ، المراهقون يواجهون للمرة الأولى بالمتطلبات الواقعية ويتم تقييمهم حسب إنجازاتهم .

٣.على المراهقين أن يصلوا مرحلة وعي ***التغيرات الجسدية*** . التغيرات في المظهر قد تحول طفلا جذابا في السابق إلى مراهق أقل جاذبية .

٤. القدرة على ***مناقشة حاجات الإستقلالية وعدم الإستقلالية*** في العلاقة مع الأهل ومجموعات الأقران .

٥. ***تطور الطاقات والمهارات*** . هذا يعود معاً إلى تطور قدرات الإدراك التي تسرع التكيف وإلى التجارب المحددة .

٦. ***التحكم في زيادة المشاعر الجنسية*** وتطور القدرة على التعبير عنها دون الوقوع في الإندفاع أو الإمتناع .

٧. ***التحول في علاقات الحب الأولية*** من العائلة إلى شريك مختار .

٨. ***التحكم بالعدائية*** وتطور القدرة على التعبير عن الحاجات والمتطلبات دون الوقوع في المخاصمة أو فرط الاحتمال.

يركز مفكرو التحليل النفسي على التوجهات المشوشة للمراهقين . وقد أعتبرت المراهقة كفترة من ***الإضطراب النفسي*** وعدم التنظيم . على أي حال، لحظت الدراسات المؤخرة أن ٢٠ بالمئة فقط من المراهقين يظهر إضطرابا نفسياً مستمراً، ٦٠ بالمئة قد يختبرون إضطراباً مؤقتاً و ٢٠ بالمئة يحافظون على نظامهم وتكيفهم . إضافة إلى ذلك ، تظهر بعض الدراسات أن ٨٠ بالمئة من المراهقين الذين يختبرون إضطرابا حاداً ينمون مرضاً نفسياً خلال عشريناتهم والثلاثينات . هذه الملاحظات الأخيرة تفترض أن الإضطراب القوي المستمر خلال المراهقة هو مغير للمرض النفسي .

References

Anthony, E.J.: The reaction of adults to adolescents and their behavior. In A. W. Esman, ed. The Psychology of Adolescence. New York: International Universites Press, ١٩٧٥.

Aries, P.: A Social History of Adolescence in The Psychology of Adolescence. Edited by A. H. Esman, New York: International Universities Press, ١٩٦٢.

Baittle, B., and Offer, D.: On the nature of the male adolescent rebellion. Adolescent psychiatry ١:١٣٩-١٦٠, ١٩٧١.

Blos, P.: The Young Adolescent. New York: Free Press, ١٩٧٤.

Blotcky, M.J. and Looney, J.G.: Normal female and male adolescent psychological development: an overview of theory and research. Adolescent Psychiatry, ٨:١٨٤-١٩٩, ١٩٨٠.

Blum, H.P.: Acting out and interpretation, Annals of Psychoanalysis ٤:١٦٤. New York International Universities Press, ١٩٧٦.

Cohen, M. Adler, N., Beck, A., et al: Parental reactions to the onset of adolescence. J Adolesc Health ٨:١٠١-١٠٦, ١٩٨٦.

Cohler, B., Weiss, J., & Grunfebaum, H.: Child care attitudes and emotional disturbance among mothers of young children. Genet. Psychol. Monogr., ٨٢:٣-٤٧, ١٩٧٠.

Josselyn, I.: The ego in adolescence. American Journal of Orthopsychiatry, ٢٤:٢٢٣-٢٣٧, ١٩٥٤.

Kiell, N.: The Universal Experience of Adolescence. New York: International Universities Press, ١٩٦٤.

Masterson, J.: The Psychiatric Dilemma of Adolescence. Boston: Little, Brown, ١٩٦٧.

Miller, D.: The Age Between: Adolescents in a Disturbed Society. London: Hutchinson. ١٩٦٩.

Offer, D.: The Psychological World of the Teenager. New York: Basic, ١٩٦٩.

Oldham, D.G.: Adolescent turmoil: a myth revisited. Journal of Continuing Education in Psychiatry ٣٩:٢٣-٣٢,, ١٩٧٨.

Piaget, J.: Intellectual Development of the Adolescent. From Adolescence: Psychology of Adolescence. New York: International Universities Press. ١٩٧٥.

Piaget, J.: The Intellectual Development of the Adolescent. From Adolescence: Psychosocial Perspectives. Edited G. Caplan and S. Lebovici. New York: Basic Books, ١٩٦٩.

Polansky, N.A., Borgman, R.D., & Deasix, C.: Roots of Futility. London: Jossey-Bass.١٩٧٢ ,

Sarason, I.G., Johnson, J.H., Siegel, J.M.: Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. Journal of Consulting and Clinical Psychology. ٤٦(٥): ٩٣٢-٩٤٦, ١٩٨٧.

References

Stone, L.J., and Church, J.: Childhood and Adolescence. New York: Random, ١٩٥٧.

Theintz, G.E., Sizonenko, P.C,: Physical exercise and hormones. In Bertrand j, Rappaport R, Sizonenko PC (eds): Pediatric Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Aspects. Baltimore, Williams & Wilkins, pp. ٤٨٢-٤٩٤, ١٩٩٣.

Thomas, A., and Chess, S.: Temperament and Behavior Disorders in Children. New York, New York University Press, ١٩٧٨.

Tolpin, M.: Self-objects and oedipal objects: A crucial development distinction. Psychanal. Study Child. ١٨:١٨٧-١٨٩, ١٩٧٨.

Vaillant, G.E.: Adaptation to Life. Boston: Little, Brown, ١٩٧٧.

Weiner, I., and Del Gaudio, A.: Psychopathology in adolescence. Archives of General Psychiatry, ٣٣:١٨٧-١٩٣, ١٩٧٦.

الصدق أو عدم الصدق يكتسب في المنزل . غالبا ما يهتم الأهل عندما يكذب طفلهم أو ولدهم المراهق . بعض الكذب الذي قد لا يكون خطيراً هو عندما يؤلف الأطفال الصغار في سن الرابعة إلى الخامسة قصصاً بأنفسهم . هذا نشاط طبيعي لأنهم يستمتعون بسماع القصص ويخترعون قصصا من أجل المتعة . هؤلاء الأطفال قد يلتبسون في التمييز بين الواقع والخيال . عندما يكون الأطفال في سن ما قبل المدرسة أو سني الدراسة المبكرة ، يشغل الخيال موقعا مهما في نموهم .

يجب على الأهل أن لا يفكروا في القصص الخيالية ككذب . يجب تعليم الطفل تدريجيا أن يميز بين الواقع والخيال. قبل سن الثالثة ، ليس للطفل مفهوما عن الأخلاقيات أو الأدبيات .

إن الطفل أو المراهق قد يقول كذبة ***ليتجنب*** القيام بشيء ما أو ينفي المسؤولية عن تصرفه . البعض يعتبر الكذب مقبولاً في أوضاع معينة مثل عدم إخبار صديق أو صديقة بالأسباب الحقيقية لوقف الصداقة معهم كي لا نؤذي شعورهم.

بعض المراهقين كي يكذبون أيضاً لحماية خصوصياتهم أو مساعدة أنفسهم للإحساس بالإنفصال النفسي عن أهلهم . من جهة آخرى ، قد يقع الأطفال أو المراهقون في سلسلة من الكذب ***المتكرر .*** فهم يعتبرون أن الكذب هو الطريقة الأسهل للتعامل مع متطلبات الأهل والمعلمين . أيضا يستخدم آخرون الكذب بشكل معتاد لتغطية مشاكل خطيرة أو لإستغلال الآخرين .

الأهل هم نماذج مهمة لأطفالهم. من المهم للأهل أن يتحدثوا مع أطفالهم بدائل للكذب . الكذب هو أحد تلك الأمور التي تقلق الأهل ، مما قد يكون السبب الفعلي

لإقدام الطفل عليه – لإنه هو المفتاح. أيضاً ، لفت الإنتباه ، القدرة ، والإنتقام قد تكون أسبابا لكذب الطفل . قد يكون الكذب أيضاً إشارة مرضية على ***الضغط*** .
الطفل الذي يلجأ إلى الكذب فجأة يرسل إشارة يائسة . الكذب والتحريف هما في قمة اللائحة للأطفال الذين لا يشعرون بخير حول أنفسهم ولا يتماشون بشكل جيد.
شيء مهم كي يتفهمه الأهل هو أنه عند العديد من الأطفال ، يحدث الكذب أحياناً في حياتهم وهو ليس مدمراً . الإحراج والعقاب ليس هو المطلوب لحل المشكلة .

يحتاج الأهل للتوضيح أن الكذب ليس تصرفا مقبولاً وأن النتائج تعني شيئاً يختلف عن العقاب . العقاب حين يكون أحد الأبوين غاضبا جداً " سأنال منك " . يجب على الأهل أن يكونوا صادقين مع أنفسهم . يجب أن يتجنبوا المستوى ***المزدوج*** .

لا يجب أن يقولوا للطفل أن الكذب غير مسموح ، ثم يكونون أول من يكتب عذرا كاذبا لطفل لا يذهب إلى الدرسة وكذلك يجعلون الطفل يكذب عن سنه كي يوفروا المال لدخول السينما . يجب على الأهل أن يكونوا صادقين مع أنفسهم خصوصاً مع المراهقين . علي الأهل أن يسألوا أنفسهم إذا ارادوا معرفة الحقيقة . بعض الأحيان ، لا يريد الأهل فعلياً معرفة ما إذا كان المراهق الكبير قادر جنسياً ويعطونه هذه الرسالة " لا أريد أن أعرف " .

الجدول التالي يختصر بضعة حقائق عن الكذب.

الجدول رقم ١

حقائق عن الكذب

حقائق	ما يجب فعله
١ الأطفال في سن الرابعة وما دون لايمكنهم معرفة الفرق بين الحقيقة والخيال. *أكاذيبهم ليست شريرة*_هي مجرد رغبات في أفكارهم.	١ لا يجب تحقير الطفل بطريقة تجعله يشعر وكأنه مجرم . لا يجب مناداته بالكاذب,
٢ الأطفال في سن الخامسة، السادسة، والسابعة يكذبون غالبا كوسيلة لاختبار السلطة ولحماية أنفسهم.	٢ للوصول إلى الحقيقة، علينا القول: "أخبرني كيف كان الأمر، لا كيف تريده أنت أن يكون." دع طفلك يعلم أنك تحترمه لأنه قال الحقيقة.
٣ المراهقون يكذبون للتعامل مع الأمور التنموية مثل التلقائية.	٣ علينا النظر إلى *النماذج. هل يكذب بأمر واحد أو على شخص واحد فقط؟ غالبا ما يخبرنا النموذج عن المشكلة أكثر مما تخبرنا الكذبة ذاتها.*
٤ الأرجح أن يكذب الأطفال على الأهل أكثر منهم على الإخوة.	٤ يجب إستخدام أسلوب "كيف يمكن أن تشعر؟" مع أطفال سن المدرسة. يجب إخبارهم أنهم سيخسرون *الثقة وحتى الأصدقاء إذا كذبوا.*
٥ إخفاء المعلومات هو شكل آخر من الخداع.	٥ معرفة أنك تريد الإستماع إلى الحقيقة بكل بساطة، حتى ولو كان في الأمر مشكلة، هو غالبا أمر شديد المساعدة.

علينا الاهتمام عندما يصبح الكذب وسيلة الطفل الأكثر تكرارا لحل مشاكله

References

Facts for Families. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Washington DC.

Olweus D., Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. Psychol. Bull. ٨٦, ٨٥٢-٨٧٥, ١٩٧٩.

Osborn S.G., Moving home, leaving London and delinquent trends. Brit. F. Criminol. ٢٠, ٥-٦١, ١٩٨٠.

Pasamanick B., Rogers M.E. & Lilienfeld A.M., Pregnancy experience and the development of behavior disorder in children. Amer. F. Psychiat. ١١٢, ٦١٣-٦١٨, ١٩٥٦.

Quay H.C., Patterns of aggression, withdrawal and immaturity. In Quay H. C. & Werry J.S. (eds.)Psychopathological Disorders of Childhood (٢ nd end.), pp ١-٢ Wiley, New York, ١٩٧٩.

Rutter M., Maughan B., Mortimore P., Ouston J. with Smith A., Fifteen Thousand Hours, Secondary Schools and their Effects on Children. Open Books, London. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, ١٩٧٩.

Shapland J., Self-reported delinquency in boys aged ١١ to ١٤. Brit F. Criminol. ١٨, ٢٥٥-٢٦٦, ١٩٧٨.

الفصل ١٣ السرقة عند الأطفال

يقلق الأهل عندما يسرق طفلهم أو ولدهم المراهق . الطفل الصغير قد يأخذ عادة شيئا يحبه حتى بلوغه سن ***الثالثة إلى الرابعة*** . يمكن أن لا يعتبر هذا سرقة. يبدأ الطفل أن يفهم بأن شيئاً ما ليس له عادة حوالي سن الخامسة . بعض الكتاب يعتبرون أن اخذ الأشياء قبل سن *السادسة* ليس سرقة متعمدة . بعض الأطفال يأخذون غالباً ما يريدون عندما يرونه . يجب تعليمهم بشكل تدريجي مفهوم المشاركة ويجب تعليمهم أن يسألوا أو يطلبوا إذا أرادوا شيئاً .

الأطفال الكبار والمراهقون يسرقون لأسباب متنوعة . قد يسرقون بسبب ضغط من الأقران أو لإظهار شجاعتهم أمام الأصدقاء أو بسبب الحاجة إلي المزيد من الإهتمام . بعض الأطفال يسرقون بسبب الفقر . يبقى آخرون قد يسرقون بسبب الغضب من الأهل ويحاولون " الإسترداد " لأنهم يدركون أن اهلهم لا يعطونهم الحنان والتفهم الكافي . يجب على الأهل بذل أقصى الجهد لإعطاء الإهتمام للطفل كعضو مهم في العائلة .

التدابير المناسبة إذا إتخذ الأهل التدابير المناسبة ، تتوقف السرقة مع نمو الطفل . ومما يوصى به إذا إكتشف الأهل أن طفلهم قد سرق أنهم يجب :

١.أن يخبروا الطفل أن السرقة خطأ .

٢.أن يساعدوا الطفل ليدفع الثمن أو يعيد الشيء المسروق .

٣.أن يتأكدوا من عدم إفادة الطفل من السرقة تحت أي ظرف كان .

٤.***أن يتجنبوا التنبأ بمستقبل سلوكي سيء وأن يتجنبوا القول أنهم الآن يعتبرون لصاً .***

٥.يجب إيضاح أن هذا السلوك غير مقبول كلياً ضمن تقاليد العائلة .

٦. بعدما يدفع الطفل الثمن أو يعيد الأشياء المسروقة ، لا يجب فتح هذا الموضوع ثانية من قبل الأهل.

٧. إذا كانت اللصوصية ***مستمرة*** وتواصلت السرقات رغم هذه التدابير ، ربما تكون السرقة ناتجة عن مشاكل أكثر خطورة في التطور العاطفي للطفل .

الأطفال الذين يسرقون بإستمرار لا يثقون بالآخرين ولا يتمكنون من إقامة علاقات حميمة . بدلا من الشعور بالذنب ، يلقون اللوم على الآخرين ، إستنادا إلى مبدأ " بما أنهم يرفضون إعطائي ما أحتاج ، سوف آخذه بنفسي" .

بعض الأطفال يسرقون خوفا من الإتكالية . إنهم يرغبون أن لا يتكلوا على أحد مبكرا في حياتهم ، وهكذا يسرقون ما يحتاجونه .عند معالجة طفل يسرق بإستمرار يكشف ***أخصائي*** الأسباب الكامنة وراء الحاجة للسرقة ويخطط للعلاج . أمر مهم في العلاج هو مساعدة الطفل كي يتعلم إقامة علاقات مع الآخرين والعمل مع العائلة لمساندة الطفل في التحول إلى سبيل أفضل في نموه .

References

Belson W.A., Juvenile Theft: The Causal Factors. Harper and Row, London, ١٩٧٥.

Davies J. G.B. & Maliphant R., Refractory behaviour in school and avoidance learning. F. Child Psychol. Psychiat. ١٥, ٢٣-٣٢, ١٩٧٤.

Facts for Families. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Washington DC.

Hirschi T., Causes of Delinquency. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, ١٩٦٩.

Jenkins R.L., Behavior Disorders of Childhood and Adolescence. C.C. Thomas, Springfield, Illinois, ١٩٧٣.

McCord W. McCord J. & Zola I. K., Origins of Crime. Columbia University Press, New York, ١٩٥٩.

Moore D.R., Chamberlain P. & Mukai L.H., Children at risk of delinquency: a follow-up comparison of aggressive children and children who steal. F. Abnorm. Child Psychol. ٧,.١٩٧٩ ,٣٥٥-٣٤٥

Robbins, L.N.: Deviant Children Grown Up. Baltimore: Williams & Wilkins, ١٩٦٦.

من المهم أن يعلم الأهل أن ما يفعلونه لمشاعر الطفل يمكن أن تؤذيه بقدر ما يؤذيه الضرب . هذا يجذب الإنتباه إلى عنوان الإنتهاك الجنسي والإهمال . يحتاج الأهل لمعرفة أن الأطفال يعتمدون كليا تقريبا على ردة فعل أهلهم ليعرفوا ما إذا كانوا جيدين أم سيئين ، محبوبين أو غير محبوبين . ***تظهر الإحصاءات أن عدداً لافتاً من الأطفال يزنون كلمات أهلهم وقد يستنتجون الأسوأ عن أنفسهم .***

تظهر الإحصاءات أيضا أن ***الإنتهاك العاطفي*** يوجد في جميع العائلات وفي كل زوايا المجتمع ، وبين المثقفين وغير المثقفين . ***بعض الأهل يعتقدون أن النظام يكون أكثر فعالية إذا تضمن ألما عاطفيا .*** بينما الآخرون يربون أطفالهم بكل بساطة كما رباهم أهلهم ، حتى لو تضمن ذلك جرعات قوية من النقد والحب المتناقص عندما يسيء أطفالهم التصرف . بعض تقنيات التربية الأهلية المعينة هي ، بالوصف الدقيق ، إنتهاكية عاطفية . ***يحتاج الأهل للتنبه والإحتراز من هذه الكلمات المنزرة والتوجهات غير المناسبة :***

١. ***التخلي*** إذا كان أحد الأبوين يضع شيئاً ما دائماً في الأولوية ، فهذا يخبر الطفل أنه يأتي في المرتبة الثانية . هذا النوع من الأهمال سيء خصيصا عندما يخرج أحد الأبوين من حياة الطفل .

٢. ***اللوم*** الأطفال الذين يلامون لأمور خارجة عن سيطرتهم سوف يصل بهم الأمر للإعتقاد بمسؤوليتهم عن كل ما يحدث في العائلة ، مما يقود إلى شعور مهين بعقدة الذنب .

٣. ***النظام القاسي*** العقوبات التي يقصد منها إخافة ، تحقير ، إلقـاء العـار أو إهانة الطفل هي ببساطة ووضوح إنتهاكية .

٤. ***الزوجية العاطفية*** تحميل الطفل مشاكلنا الخاصة والإتكال عليه للدعـم هـو إنتهاك – ليس تقريباً. في الواقع يشـار إليـه طبيـا ك" غشـيان عـاطفي ، Emotional incest " . هذا قد يمنع نمو الطفل الخاص وتطوره عن طريـق تقديم حاجاتنا على حاجاته وجعل حاجاته تبدو غير ذات أهمية .

٥. ***الغلو*** الطفل الذي يعاب باستمرار سوف لن يتغير أو ينمو . هذا سيدمر آمـال الطفل .

٦. ***عدم الإهتمام*** إن وجود أحد الأبوين جسدياً لا يكفي . عليه أن يصغي فعليـاً للطفل . المحادثات المتحررة تساعد الطفل ليتعلم أن يفكر بالقرارات، وتخـبره أننا نحترم مشاعره ، وتعلمه التحكم بذاته .

٧. ***الألقاب*** إطلاق الألقاب هدام للطفل ، وإذا وسمناه بلقب " غبي " ، سوف يعتقد أنه فعلاً هكذا .

٨. ***الكمال*** الأهل الذين يطلبون الكمال يخبرون أطفالهم أنهم ليسوا جيدين كفايـة ويجب أن يتغيروا حتى يصلوا إلى مثاليات الأهل .

٩. ***إلقاء العار*** المقاصد الخاطئة لتعليم الطفل الخضوع قد تخبره بدلاً عن ذلـك أن إنجازاته غير ذات قيمة ، وأنه سيئ إذا شعر بالإعتزاز بأمر ما .

١٠. ***إيقاف النمو*** محاولة إبقاء الأطفال صغاراً وبريئين تعيق النمو الطبيعـي . الأطفال يحتاجون فرصا ليصبحوا مستقلين وذوي أهلية .

الأطفال المنتهكون عاطفياً لفترة طويلة من الوقت يعانون جروحاً عميقة طويلة الأمد .إنهم يحتضنون قلوباً مكسورة ويصبحون قلقيـــن ومتقــهقرين ، أو غاضبين وعدائيين . قد يفقدون الأمل بسبب نقص الرعاية والمساندة . مـــع نمـــو هؤلاء الأطفال ليصبحوا مراهقين ، يرفضون أهلهم ، لأن الغضب الكامن يتفجـــر والأهل لا مصداقية لديهم .

الأطفال المهدمون عاطفياً غالباً ما يطورون نظرة سلبية عن العالم ، يعانون من تقدير سيء للذات ، يعانون مشاكل في بناء علاقات كراشـــدين والمرجـــح علـــى الأكثر أن يصبحوا عدائيين عندما يكبرون . من المهم أن *يراقب* الأهـــل أنفســـهم ويلاحظوا كيف يتعاملون مع أطفالهم . جميع الآباء والأمهات يجب أن يبذلوا جهداً واعياً لعض ألسنتهم عندما ينزعجون ، ويعطوا أطفالهم من الحب، المديح والتقبـل قدر ما يستطيعون . إذا فقد الأهل أعصابهم أو قالوا شيئاً جارحاً، عليهم *الاعتـــذار* حالما يهدأون . إذا كان الأهل شديدو التأثر بمشاكلهم الخاصة ولا يلاحظون الأذى الذي يسببونه لأطفالهم ، عنها يحتاجون للحصول على مساعدة متخصصة .

References

Abrahams, N., Casey, K., Daro, D.: Teacher's knowledge, attitudes, and beliefs about child abuse and its prevention. Child Abuse Neglect ١٦:٢٢٩-٢٣٨, ١٩٩٢.

Augoustines, Martha, Developmental Effects off Child Abuse: Recent Findings, child Abuse and Neglect, Vol. ١١, pp. ١٥-٢٧, ١٩٨٧.

Azar, S., Wolfe, D.: child abuse and neglect. In mash E, Barkley R (eds): Treatment of Childhood Disorders. New York, Guilford, pp. ٤٥١-٤٩٣, ١٩٨٩.

Azar, ST., Barnes, KT, Twentyman CT: Developmental outcomes in abused children: Consequences of parental abuse or a more general breakdown in caregiver behavior? Behav Therap ١١:٢٧-٣٢, ١٩٨٨.

Cambrink-Graham, L.: Children in Family Contexts: Perspectives on Treatment. New York, The Guildford Press, ١٩٨٩.

Daro, D., Gelles, R.: Public attitudes and behaviors with respect to child abuse prevention. J Interpers Viol ٧:٥١٧-٥٣٠, ١٩٩٢.

Deykin, E., Alger ,J., McNamara, J.: A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on suicidal behavior. Am J Psychiatry ١١٢:٢٩٩-٣٠٣, ١٩٨٥.

Eth, Spencer, and Pynoos, Robert: Post-Traumatic Stress Disorder in Children. Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc., ١٩٨٥.

Evans, Patricia: Children and verbal abuse. In: The Verbally abusive relationship. Adams Media Corporation, (٢nd ed.) Holbrook, Massachusetts. Pp. ١٩٥-٢٠٣, ١٩٩٥.

Greenacre, P.: The influence of infantile trauma on genetic patterns. In: Psychic Trauma. Ed. S.S. furst. New York: Basic Books, pp. ١٠٨-١٥٣, ١٩٦٧.

Howes, Carollee and Espinosa, Michael P.: The Consequences of Child Abuse for the Formation of Relatioships With Peers Child Abuse and Neglect, Vol. ٩, pp. ٣٩٧-٤٠٤, ١٩٨٥.

Kaplan ,S., pelcovitz, D., Salzinger S., et al: Psychopathology of parents of abused and neglected children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٢٢:٢٣٨-٢٤٤, ١٩٨٣.

Kaufman, J., Zigler, E.: The intergenerational transmission of child abuse In Cichetti D, Carlson V (eds): Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and consequences of Child Abuse and Neglect. New York, Cambridge University Press, pp. ١٢٩-١٥٢, ١٩٨٩.

Kaufman, J: Depressive disorders in maltreated children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٣٠:٢٥٧-٢٦٥, ١٩٩١.

Murphy, L.: The problem of defense and the concept of coping. In the Child and His Family. Anthony, J., and Koupernick, C., eds.: New York, Wiley-Interscience, pp. ٦٥-٨٥, ١٩٧٠.

Nagi, S.Z.: Child abuse and neglect. Children Today, ٤:١٣-١٧, ١٩٧٥.

References

National Research Council: Understanding child Abuse and Neglect. Washington, DC, National Academy Press, ١٩٩٣.

Perry, B.D., Southwick, S.M., Giller, E.J.: Adrenergic regulation in posttraumatic stress disorder In Giller EJ (ed): Biological Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Washington, DC, Anerican Psychiatric Press, pp. ٨٧-١١٤, ١٩٩٠.

Salzinger, S., Kaplan, S., Pelcovitz, D., et al: Parent and teacher assessment of children's behavior in child maltreating families. J Am Acad Child Psychiatry ٢٣:٥٨-٦٤, ١٩٨٤.

Siever, L., Trestman, R.L.: The serotonin system and aggressive personality disorders. Int ?Coin Psychopharmacol ٨(suppl ٢): ٣٣-٤٠, ١٩٩٣.

Simon B, Apfel R (eds): Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence. New Haven, CT, Yale University Press, in press.

Solnit AJ, Nordhaus B, Lord R: When Home is No Haven, CT, Yale University Press, ١٩٩٢.

Spinetta, J.J. & Rigler, D.: The child-abusing parent: a psychological review. Psychol. Bull., ٧٧:٢٩٦-٣٠٤, ١٩٧٢.

Steele, B.F., and Pollock, C.B.: Psychiatric Study of Parents Who Abuse Infants and Small Children. In Helfer, R.E., and Kempe, C.H. (ed.): The Battered Child. Chicago, University of Chicago Press, ١٩٦٨.

Terr, L.C.: Childhood traumas: An outline overview. Am J Psychiatry ١٤٨:١٠-٢٠, ١٩٩١.

Van der Kolk, Bessel A.: Psychological Trauma. Washington D.C., American Psychiatric Press, Inc., ١٩٨٧.

Wasserman, S.: The abused parent of the abused child. Children, ١٤:١٧٥-١٧٩, ١٩٦٧.

Wiehe, V.: Sibling abuse: Hidden Physical, Emotional, and sexual Trauma. Lexington, MA, Lexington Books, ١٩٩٠..

هناك إحصاءات لافتة حول الإنتهاك الجسدي للطفل . العديد من الأطفال يموتون بسبب الإنتهاك الجنسي . في الولايات المتحدة وحدها يموت على الأقل خمسة آلاف طفل كل سنة بسبب الأنتهاك الجسدي . الأطفال الذين ينجون بحياتهم بعد الإنتهاك الجسدي ، يتعرضون عادة لأذى عاطفي شديد .***هذا الأذى قد لا يظهر حتى المراهقة أو ما بعدها ، عندما يصبح العديد من الأطفال منتهكين أهلاً منتهكين*** . الكبير الذي كان يتعرض للإنتهاك الجسدي عندما كان طفلاً يعاني مشكلة بإقامة علاقات شخصية ودية ، مع ميل لرؤية جميع الكبار الأخرين كمنتهكين . بدون العلاج المناسب ، قد يستمر الأذى طوال العمر .

الأعراض النفسية للأطفال المنتهكين جسديا قد تتضمن التالي:

١.مخاوف من الإنتهاك ، اشمئزاز من أشخاص ، أماكن ، أو أوضاع معينة .

٢.نوم متقطع .

٣.تراجع تنموي في السلوك مثل مص الإصبع ، التبلل ، سلس الغائط .

٤.الذهول ، عدم الإنتباه ، القلق ، والإنزعاج .

٥.نوبات الغضب ، تغيير مفاجئي في السلوك .

٦.التقهقر إلى عالم خيالي ، الغربة عن العائلة .

٧.سلوك التعلق ، الخوف من الوحدة .

٨.التراجع في الأداء المدرسي .

٩.تخيلات عنف ، سلوك النضج الكاذب .

١٠. سوء إستخدام المواد .

١١. صورة ذاتية ضعيفة ، صورة جسدية ضعيفة ، عقدة الذنب .

١٢. الهروب ، ميول أو تهديدات بالإنتحار .

١٣. سلوك منحرف .

١٤. علاقات ضعيفة مع الأقران .

١٥. تقطع في الإدراك .

١٦. تشويه الذات .

١٧. دلائل جسدية وشكوى جسدية متكررة .

١٨. شكوى مفرطة ، الميل للمبالغة في الإنجاز .

١٩. نقص في الثقة .

٢٠. تفكك في الروابط العائلية .

الأمراض النفسية التي ترتبط بالإنتهاك الجسدي للطفل قد تتضمن امراضا وجدانية ، الذهان ، خلل النص الصدغي ، أمراض التحول ، مرض الضغط الذي يلي الإصابة ، تخلفا عقليا ، مرض الإتصال ، الخلل النفس جنسي ، مرضاً مركباً في الشخصية ، وأمراضا مصطنعة .

الخصائص الشخصية التي قد تتنامى عند الأطفال وتترافق مع الإنتهاك الجسدي تتضمن ، العدائية ، النزق ، القهر ، المخاصمة ، الخرس ، المازوشية (إنحراف الشهوة) ، التقهقر ، والتجنب .

السلوك الإجرامي قد يتضمن الإنحراف الصبياني ، القتل ، إنتهاك الأطفال ، إنتهاك الزوجة ، الإغتصاب ، والدعارة .

مشاكل مهمة أخرى قد تتضمن نمواً اخلاقيا منحرفا ، إرتكاب الفحشاء، الحمـــل، والإجهاض.

إعتبارات للتقييم فيما يلي عناصر يجب أخذها بعين الإعتبار :

١. السن والمرحلة التنموية للطفل .

٢. بداية ، فترة ، وتكرار الإنتهاك الجسدي .

٣. درجة الأذى الجسدي .

٤. العلاقة بين الطفل والمهاجم .

٥. متى ، وكيف أذيع الإنتهاك .

٦. الشخصية التي كانت موجودة سابقا للطفل .

٧. الخلفية الأهلية .

٨. الضواغط البيئية .

٩. مستوى الإنعزال الإجتماعي في العائلة .

١٠. مستوى الحرمان العاطفي والإقتصادي في العائلة .

١١. وردات الفعل من الأهل والمجتمع .

عملية مقترحة من أجل التقييم . خلال المرحلة الأولى ، الأفضل هو أن يلتقي أخصائي مع الطفل بشكل منفرد . يجب معرفة التاريخ وغيره من الدلائل مـــن الأشخاص المهمين الآخرين بشكل إفرادي . ***إستخدام علاج اللعب غير الموجه*** هو ما يوصى به . خلال اللعب والرسومات ، المراقبـــة يجـب أن تـتركز علـــى

المواضيع المرضية ، المواضيع الجنسية ، إعادة سن قوانين المرض في اللعب ، المبالغة أو تجنب المواضيع الجنسية والعدائية . اللغـــة ، العواطـف ، السـلوك الإغوائي ، الشكاوى الجسدية ، التراجع السيكولوجي إلى مرحلة سابقة من النمـو، ***والدوافع*** هي ايضا عناصر يجب تقييمها .

References

Alvy K.T :.Preventing Child abuse. Amer. Psychologist, ٣١:٩٢١-٩٢٨, ١٩٧٥.

American Medical Association: Adolescents as Victims of Family Violence. Council on Scientific Affairs. JAMA ٢٧٠:١٨٥٠-١٨٥٨, ١٩٩٣.

Berger, A.M., Knutson, J.F., Mehm, J.G., et al: The self-report of punitive childhood experiences of young adults and adolescents. Child Abuse Neglect ١٢:٢٥١-٦٦٢, ١٩٨٨.

Bland, R., Orn, H :.Psychiatric disorders, spouse abuse and child abuse. Acta Psychiatr, Belgium ٨٦:٤٤٤-٤٤٩, ١٩٨٦. .

Blum, R., Runyan, C :.Adolescent abuse: The dimensions of the problem. J Adolesc Health ١:١٢١-١٢٦, ١٩٨٠.

Bolton, F.C., Bolton, S.R :.Working with Violent Families. Newbury Park, CA, Sage Publications, ١٩٨٧.

Caffey, J :.Multiple Fractures in the Long Bones of Infants Suffering From Chronic Subdural hematoma. Am. J. Roentgen Radicit. Ther., ٥٦:١٦٣-١٧٣, ١٩٤٦.

Cameron, J.M :.The Battered Baby. Br. J. Hosp. Med., ٤:٧٦٩-٧٧٧, ١٩٧٠.

Caplan, P.: Principales of Preventive Psychiatry. New York, Basic Books, ١٩٦٤.

Carey, W.: A.:simplified method for measuring temperament. J. Pediat., ٧٠:١٨٨-١٩٤, ١٩٧٠.

Cattanach, A :.Play Therapy with Abused Children. London, Jessica Kingsley Publishers, ١٩٩٣.

Elkind, D :.Children and Adolescents. New York: Oxford University Press, ١٩٧٤.

Elmer, E. & Gregg, C.S :.Developmental characteristics of abused children. Pediatrics, ٤٠:٥٩٦-٦٠٢, ١٩٦٧.

Factor, D., Wolfe, D :.Parental psychopathology and high risk children. In Ammerman, R, Herson M (eds): Children at Risk. New York, Plenum, pp. ١٧١-١٩٨, ١٩٩٠.

Farber, E., Joseph, J :.The maltreated adolescent: Patterns of physical abuse. Child Abuse Neglect ٩:٢٠١-٢٠٦, ١٩٨٥.

Feindler, E.L., Kalfus, G.R :.Adolescent Behavior Therapy Handbook. New York, Springer Publishing Company, ١٩٩٠.

Felitti VJ: Childhood sexual abuse, depression and family dysfunction in adult obese patients: A case control study. South Med J ٨٦:٧٣٢-٧٣٦, ١٩٩٣.

Finkelhor, D :.Prevention : A review of programs and research. In Finkelhor D (ed): A Sourcebook on Child Sexual Abuse. Newbury Park, CA, Sage, pp. ٢٢٤-٢٥٤, ١٩٩٠.

References

Galdston, R.: Observations of Children Who Have Been Physically Abused and Their Parents. Am. J. Psychiatry, ١٢٢:٤٤٠-٤٤٣, ١٩٦٥.

Garbarino, J.& gilliam, B.: Understanding Abusive Families. Lexington ,Mass,: Lexington Press, ١٩٨٠.

Garbarino, J., Gilliam, C :.Understanding Abusive Families. Lexington, MA, Lexington Books, ١٩٨٠.

Garbarino, J., Schellenbach, C., Sebes, J :.Troubled Youth, Troubled Families: Understanding Families At Risk for Adolescent Maltreament. New York, Aldine Publishing, ١٩٨٦.

George, C. & Main, M :.Social interactions of young abused children: approach, avoidence, and aggression. Child Developm. ٥٠:٣٠٦-٣١٨, ١٩٧٩. .

Gersten, J.C., Langner T.S., Eisenberg, J.G., Orzek, L.: Child behavior and life events: Undesirable change or change per se?, In Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (eds): Stressful Life Events: Their Nature and Effects. New York, Wiley, pp. ١٥٩-١٧٠, ١٩٧٤.

Gil, D.G :.Violence Against Children: Physical Abuse in the United States. Cambridge, Massachu-setts, Havard University Press, ١٩٧٠.

Gil, E., Johnson, T :.Sexualized Children: Assessment and Treatment fo Sexualized Children and Children Who Molest. Rockville, MD, Launch Press, ١٩٩٣.

Green, A :.Child Maltreatment. New York, Jason Aronson, ١٩٨٠.

Green, A :.Self-destructive behavior in battered children. Am J Psychiatry ١٣٣:٣٧٩-٣٨٣, ١٩٧٦.

Green, A.H :.Self-destructive behavior in battered children. Amer, J. Psychiat. ١٣٥:٥٧٩-٥٨٢, ١٩٧٨a.

Jacobsen, Janice Jasper: Psychiatric Sequelae of Child Abuse-Reconnaissance of Child Abuse and Neglect: Evaluation, Prospects, Recommendations, Springfield IL, Thomas, ١٩٨٦.

Jayarante, S.: Child abusers as parents and children: a review. Soc. Work, ٢٢:٥-٩, ١٩٧٧.

Jensen, JB, Pease JJ, Ten Bensel R, Garfinkel BD: Growth hormone response patterns in sexually or
physically abused boys. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٣٠:٧٨٤-٧٩٠, ١٩٩١.

Jessner, L., Weigert, E., and Foy, J.L :.The Development of Parental Attitudes During Pregnancy, in Anthony, E.J. and Benedek, T. (eds.), Parenthood: Its Psychology and Psychopathology, Little, Brown & Co., Boston, pp. ٢٠٩-٢٤٥, ١٩٧٠.

References

Johnson, A.M. and Szurek, S.A.: The genesis of antisocial acting out in children and adults.Psycholoanalytic Quarterly ٢٢:٣٢٣-٣٤٣, ١٩٥٦.

Kempe, C.H., Silverman, F.N., and Steele, B.J.: The Battered Child Syndrome. J.A.M.A, ١٨١:١٧-٢٤, ١٩٦٢.

Kempe, C. & Helfer, R. eds., Helping the Battered Child and His Family. Philadelphia: J.B. Lippincott, ١٩٧٢..

Kempe, R :.Arresting or freezing the developmental process. In: Child Abuse and Neglect. The Family and Community ed. R.E. Helter & C.H. Kempe. Cambridge: Ballinger. Pp. ٦٤-٧٣, ١٩٧٦.

Kendall-Tackett, K., Williams, L., Finkelhor, D :.Impact of sexual abuse on children: Areview and synthesis of recent empirical studies. Psychol Bull ١١٣:١٦٤-١٨٠, ١٩٩٣.

Kiffney, G.T., Jr.: The Eye of the Battered Child. Arch. Ophthal., ٧٢:٢٣١-٢٣٣, ١٩٦٤.

Kollo, D.: Characteristics of child victims of physical violence: Research findings and clinical implications. J Interpers Viol ٧:٢٤٤-٢٧٦, ١٩٩٢.

Kris, E :.The recovery of childhood memories. The Psychoanalytic Study of the Child, ١١:٥٤-٨٨, ١٩٥٦.

Lamphear, Vivian Shaw: The Impact of Maltreament on Children's Psychosocial Adjustment: A Review of the Research, Child Abuse and Neglect, Vol ٩, pp. ٢٥١-٢٦٣, ١٩٨٥.

Lewis, D.O :.From abuse to violence: Psycho-physiological consequences of maltreatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٣١:٣٨٣-٣٩١, ١٩٩٢.

Libbey, P., Bybee, R.: The physical abuse of adolescents. J Soc Issues ٣٥:٢٦٨-٢٧٦, ١٩٧٩.

Lindenberg, R., and Freytag, E.: Morphology of Brain Lesions From Blunt Trauma in Early Infancy.
Arch. Pathol., ٨٧:٢٩٨-٣٠٥, ١٩٦٩.

Liten, E.M.: Giffin, M.E., and Johnson, a.M. Parental influence in unusual social behavior in children .Psycholoanalytic Quarterly ٢٥:٣٧-٥٥, ١٩٥٤.

Livington, Richard: Sexually and Physically Abused Children, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, ٢٦, ٣:٤١٣-٤١٥, ١٩٨٧.

Lourie, I.S :.Family dynamics and the abuse of adolescents: a case for a developmental phase specific model of child abuse. Child Abuse Neglect, ٣:٩٦٧-٩٧٤, ١٩٧٩.

Maroteaux, P., and Lamy, M.: Fundi of Battered Babies. Lancet, ٢:٨٢٩, ١٩٦٧.

McClain, PW, Sacks, JJ, Froehlke, RG, Ewigman BG: Estimates of fatal child abuse and neglect,

<u>*References*</u>

United States, ١٩٧٩-١٩٨٨. Pediatrics ٩١:٣٣٨-٣٤٣, ١٩٩٣.

McCord, Joan: A Forty Year Perspective on Effects of Child Abuse and Neglect: Child Abuse & Neglect, Vol ٧, pp. ٢٦٥-٢٧٠, ١٩٨٣.

McCort, J., and Vaudagna, J.: Visceral Injuries in Battered Children. Radiology, ٨٢: ٤٢٤-٤٢٨, ١٩٦٤.

Merril, E.J :.Physical abuse of children: an agency study. In: Protecting the Battered Child, ed. V. DeFrancis. Denver: American Humane Association, ١٩٦٢.

Money, J. annecillo C, Kelly JF: Abuse-dwarfism syndrome: After rescue, statural and intellectual catchup growth correlate. J Clin Child Psychol ١٢ ٧٩-٢٨٣, ١٩٨٣.

Morris, M.F. & Gould, R.W :.Role reversal :a concept in dealing with the negelected/battered child syndrome. In: The Neglected Battered-Child Syndrome: RoleReversal in Parents. New York: Child Welfare League of America, ١٩٦٣.

Ney, Philip G.: The Treatment of Abused Children: The Natural Sequence of Events. American Journal of Psychotherapy, Vol XLI, No ٣, pp. ٣٩١-٤٠١, July, ١٩٨٧.

Oates, Kim: Child abuse and Neglect: What happens eventually. New York Brunner/Magel, ١٩٨٦.

Putnam, F.W., Trickett, P.K :.Child sexual abuse: A model of chronic trauma. Psychiatry ٥٦:٨٢-٩٥, ١٩٨٣..

Putnam, Frank W., Guroff, Juliet J., Sieberman, Edward K., Barban, Lisa, and Post, Robert M :.The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: Review of ١٠٠ Recent Cases, Journal of Clinical Psychiatry ٤٧:٢٨٥-٢٩٣, ١٩٨٦.

Pynoos, R.S., Frederick, C., Nader, K., et al: Life threat and post-traumatic stress in school-agechildren. Arch Gen Psychiatry ٤٤:١٠٥٧-١٠٦٣, ١٩٨٧.

Pynoos, R.S :.Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In Oldham J ,Riba M, Tasman A (eds): Review of Psychiatry. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp. ٢٠٥-٢٣٨, ١٩٩٣.

Rogeness, Graham A., Amrung, Suchakorn A., Macedo, Carlos A., Harris, William R., and Fisher, Charles: Psychopathology In Abused or Neglected Children, Journal of the American Academy of Child Psychiatry, ٢٥, ٥:٦٥٩-٦٦٥, ١٩٨٦.

Rossman, Paul G :.The aftermath of Abuse and Abandonment: A Treatment Approach for Ego Disturbance in Female Adolescence. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, ٢٤, ٣:٣٤٥-٣٥٢, ١٩٨٥.

Salzinger, S., Feldman, R.S., Hammer, M., et al: The effects of physical abuse on children's social relationships. Child Dev ٦٤:١٦٩-١٨٧, ١٩٩٣.

References

Sandgrund, A., Gaines, R.W. & Green, A.H :.Child abuse and mental retardation a problem of cause and effect. Amer, J. Ment. Defic. ٧٩:٣٢٧-٣٣٠, ١٩٧٤.

Schafer, Donald W :.Recognizing Multiple Personality Patients, American Journal of Psychotherapy, Vol XL, No. ٤, ١٩٨٦.

Merril, E.J :.Physical abuse of children: an agency study. In: Protecting the Battered Child, ed. V. DeFrancis. Denver: American Humane Association, ١٩٦٢.

Schmitt, B., and Kempe, C :.Neglect and Abuse of Children. In Vaughn ,V., and McKay, R. (eds.): Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia, W.B. Saunders Co., ١٩٧٥.

Silverman, F.N :.Radiologic Aspects of the Battered Child Syndrome. In Helfer, R.E., and Kempe, C.H. (eds.): The Battered Child. Chicago, University of Chicago Press, ١٩٦٨.

Silverman, F.N :.The Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma of Infants. Am. J. Roentgen Rad. Ther. Nucl. Med., ٦٩:٤١٣-٤٢٦, ١٩٥٣.

Smith, S., Hanson, R. & Nobel, S :.Parents of battered babies: a controlled study. Brit. Med. J., ٤:٣٨٨-٣٩١, ١٩٧٣.

Smith, S.M :.The Battered Child Syndrome. London, Butterworth, ١٩٧٥.

Smith, S.M :.The Maltreatment of Children. Baltimore, University Park Press, ١٩٧٨.

Terr, L.C :.Childhood traumas: an outline and overview, American Journal of Psychiatry chief ١٤٨ (١): ١٠-٢٠, ١٩٩١.

Terr, Lenore: What Happens to Early Memories off Trauma? A Study of Twenty Children Under Age Five at the Time of Documented Traumatic Events. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, ٢٧, ١٠٤-١٠٦, ١٩٨٨. .

Trickett, P.K., McBridge-Change C., Putnam, F.W.: The classroom performance and behavior of sexually abused girls. Dev Psychopathol ٦:١٨٣-١٩٤, ١٩٩٤.

Wolfe, D., Wekerle, C :.Treatment strategies for child physical abuse and neglect. A critical progress report. Clin Psychol Rev ٥٦:٤٠-٤٧, ١٩٩٣.

Wolfe, D.: Preventing Physical and Emotional Abuse of Children. New York, Guilford, ١٩٩١.

Wolfe, D.A :.Child Abuse: Implications for child Development and Psychopathology. Newbury Park, CA, Sage, ١٩٨٧.

Wright, L :.The" sick but slick" syndrome as a personality component of parents of battered children. J. Clin. Psychol., ٣٢:٤١-٤٥, ١٩٧٦.

Yegidis, B.L :.Family violence: Contemporary research findings and practice issues. Commun Mental Health J ٢٨:٦, ١٩٩٢.

References

Yeo, H.M., Yeo, W.W :.Repeated deliberate self-harm: A link with childhood sexual abuse? Arch Emerg Med ١٠:١٦١-١٦٦, ١٩٩٣.

Zigler, E., Hall, N :.Physical child abuse in America: Past, present, and future. In Cichetti, D., Carlson V (eds): Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of child Abuse and Neglect. New York, Cambridge University Press, pp. ٣٨-٧٥, ١٩٨٩.

الجزء الثالث

الأعراض الرئيسية للأمراض النفسية في مرحلة الطفولة والمراهقة

في داخل كل طفل أنواع متشعبة من المخاوف ***،فالعالم الطفولي في معظمه عالم سحري،*** مليء بالغموض والخطر، بالواقع والخيال. والمخـــاوف الطفوليـــة تجـاه الأخطار الخارجية تتشابك مع خيال الطفل، وكلما كان الطفل اصغـــر ســـناً زادت مسألة تقويم مدى مخاوفه صعوبة.

تظهر العديد ***من المخاوف الشائعة*** عند الطفل فقط عندما يبلغ مستوى معيناً مـــن النمو فالمواليد الجدد يخافون الضجيج وفقدان الحماية ثم يظهر الخوف من الغرباء عادة بين الشهر الخامس والعاشر وقد يستمر حتى السنة الثانية أو الثالثة.

أما الخوف من الانفصال عن الأهل فيبدأ تقريباً في السنة الثانية وقد يستمر حتـــى السابعة أو الثامنة ويظهر لدى بعض الأطفال الرضع خوف مؤقـــت مـــن الميـــاه والاستحمام. بينما سجلت عدة دراسات نسبة مرتفعة من حــــالات الخـــوف مـــن الحيوان لدى أطفال تتراوح أعمارهم بين سنتين وثماني سنوات، ورغم أن الكلاب تتصدر لائحة الحيوانات المخيفة إلا أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال تخاف مـــن مخلوقات أخرى كالأسود والذئاب. وفي إحدى الدراسات ظهرت حالات خوف بين سن الثامنة والتاسعة من الموت إن الوقوع ضحية سرقة ما، وقد هيمنـــت فكـــرة الموت على بعض الأطفال في هذا السن.

وأظهرت دراسات أخرى أن الخوف من الظلام أو البقاء وحيداً في مكان مظلم هو الأكثر شيوعاً لدى الأطفال ما قبل سن الدراسة. أما الأكـــبر ســـناً فقـــد تخيفـــهم الامتحانات أو الأحداث التي تبثها نشرات الأخبار كالحروب وحوادث الاختطـــاف وغيرها. ويوجد عند الناشئة أو المراهقين عدة مخاوف جنسية.

إن معظم ***مخاوف الأطفال*** التي سبق ذكرها هي حالات طبيعية قصيرة الأمد واليه للبقاء لا تؤثر فعليا في وظائفهم الحياتية، إلا أن البعض قد لا يتمكن من تجاوز هذه المخاوف. وعندما تصبح هذه المخاوف حالة مرضية تسيطر على مشاعر الطفل ونشاطاته اليومية لفترة زمنية طويلة، نستخدم لوصفها تعبير "الرهاب Phobia"، وكذلك تصنف الحالات المطولة والمبالغ فيها من الخوف في خانة أمراض واضطرابات القلق اللاطبيعي.

ويمكن تعريف ***"الرهاب - Phobia"*** كقلق لاعقلاني مفرط تسببه مواقف أو أشياء محددة. ***"والرهاب المدرسي" (School Phobia)*** هو الهلع الأهم والفريد من نوعه في فترة الطفولة، فرفض الذهاب إلى المدرسة يتحول إلى ردة فعل اضطرابية حادة. وهذا الهلع قد يحدث في أي سن أو أي عائلة وهو ليس وراثيا، فقد يشتكي الطفل من ألم في الرأس أو الحنجرة أو المعدة قبل موعد الذهاب إلى المدرسة، ثم يختفي المرض عندما يسمح له بالبقاء في المنزل ليعود فيظهر في الموعد نفسه من اليوم التالي. وقد يكون السبب الأساسي لهذا الرفض مرض ما أو حادث معين أو تغيير في السكن أو المدرسة أو الأساتذة.

وفي بعض الأحيان يكون مصدر الأعراض خوف غير منطقي من فكرة ترك المنزل، وهكذا مخاوف تشيع عادة بين الأطفال الذين يعانون ***من اضطراب "قلق الانفصال" (Separation anxiety Disorders)***، وهو خوف مرضي من الابتعاد عن الأهل أو المنزل.

من جهة ثانية هناك مصادر أخرى للهلع المدرسي، فقد يخاف بعض الأطفال من الأساتذة أو الزملاء أو الفشل من الامتحانات بينما يقلق البعض من العلاقات مع الغير.

بعض الأطفال يعانون من ***حالات مزاجية خجولة (Temperamental Shyness)*** ويتهربون من الغرباء في وقت لا يعود فيه هذا الخوف أمرا طبيعيا. وهؤلاء يجدون من الصعوبة بمكان أن يتعرفوا إلى زملاء جدد وينخرطوا في مواقف

جديدة. وهؤلاء يعانون عادة من الهلع وأنواع متعددة من القلق الاضطرابي. وقد يتناهى الأمر عندهم عند البلوغ ليصبح نوبات هلع مع رهاب الساح **Panic attacks (With agoraphobia)**.

إن بعض النظريات تشير إلى علاقة عضوية بيولوجية تؤثر في الخوف والرهاب الطفولي، إلا أن معظم التفسيرات تتركز حول المناخ العاطفي العام والطبع الموروث في عائلة الطفل. فقد نجد في المناخ العائلي مزيجا من الغضب والاتكالية عند أم شديدة الوقائية **"Overprotective mother"** مما يساهم في حدوث قلق الانفصال. والأهل القلقون قد يصنعون من أطفالهم نماذج تقلدّهم. وقد يخلق الأهل هذا القلق عن طريق تحقيق هويتهم أو توحدهم بقوة مع الطفل واعتبارهم أي انكسار أو انتصار له وكأنه لهم شخصياً.

وتعتبر بعض نظريات التحليل النفسي **(Psychoanalytic Theories)** من جهة أخرى أن القلق والرهاب عند الأطفال هي حالات أو آليات دفاعية **(Defenses)** ضدّ صراعات لا واعية تمتد جذورها إلى مرحلة مبكرة من النمو (كحالة هانز الصغير **Little Hans**).

أما التأثيرات الكامنة الطويلة الآم فهي خطيرة عند الطفل الذي يعاني مخاوف ملحة وقلقا مستمرا ولا يتلقى مساعدة متخصصة، فقد تنمو لدى هذا الطفل مشاكل علمية، ثقافية واجتماعية خطيرة إذا بقي بعيداً عن المدرسة والأصدقاء لفترة مطولة من الوقت. إن رفض الذهاب إلى المدرسة عند طفل بلغ السن المناسب أو تجاوزه هو حالة مرضية خطيرة. وفي مثل هذه الحالة تتطلب الإسباب الأساسية الكامنة وراء المخاوف دراسة ومعالجة دقيقة ومركزة.

References

Berecz, J.: Phobias of Childhood, Etiology and Treatment. Psychol. Bull. ٧٠:٦٩٤-٧٢٠, ١٩٦٨.

Bowlby, J.: Anxious attachment and the "phobias" of childhood. Attachment and loss, Vol. II: Separation- anxiety and anger. New York: Basic Books, PP. ٢٥٨-٢٩١, Ch ١٨, ١٩٧٣.

Eisenberg, L.: School Phobia, Diagnosis, Genesis and Clinical Management. Pediatr. Clin. N. Am. ٥:٦٤٥-٦٦٦, ١٩٥٨.

Hodges, K. & Woodruff, C.: Anxiety in children with recurrent abdominal pain and their parents. Psychosomatic ٢٦:٨٥٩-٨٦٦, ١٩٨٥b.

Lapouse, R., and Monk, N.: Fears and Worries in a Representative Sample of Chhi. Am. J. Orthopsychiatry ٢٩:٨٠٣-٨١٨, ١٩٥٩.

Lapouse, R., Monk, M.A.: Fears and worries in a representation sample of children. Amer, J. Orthopsychiat., ٢٩:٨٠٣-٨١٨, ١٩٥٩.

Lionel Hersov.: School refusal. In Michael Rutter and Lionel Hersov, eds. Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches, Second Edition. Oxford: Blackwell, ١٩٨٥.

Looff, D.H.: Psychophysiological and Conversion Reaction, Selective Incidence in Verbal and Nonverbal Families. J. Am. Acad. Child Psychiatry ٩:٣١٨-٣٣١, ١٩٧٠.

Pharmacotherapy and management of pathological separation anxiety. In Rachael Gittelman-Kleiny (Ed.), Recent advances in child psychopharmacology. New York: Human Sciences Press, ١٩٧٥.

Poznanski, E.O.: Children With Excessive Fears. Am. J. Orthopsychiatry ٤٣:٤٢٨-٤٣٨, ١٩٧٣.

Poznanski, E.O.: Children with excessive fears. Amer, J. Orthopsychiat. ٤٣:٤٢٨-٤٣٨, ١٩٧٣.

Proctor, J.I.: Hysteria in Childhood. Am. J. Orthopsychiatry ٢٨:٣٩٤-٤٠٧, ١٩٥٨.

Rachel Gittelman: Anxiety disorders in children. In Lester Grinspoon ed., Psychiatry Update: The American Psychiatric association Annual Review, Volume III. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, ١٩٨٤.

Rachman, S., and costello, C.: The Etiology and Treatment of children's Phobias: A review, in S. Harrison and J. McDemott (Eds.), Childhood Psychopathology. New York: International Universities Press, ١٩٦١.

Rock, N.L.: Conversion Reactions in Childhood: A clinical study on childhood neurosis. J. Am. Acad. Child Psychiatry ١٠:٦٥-٩٣, ١٩٧١.

Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O., Yule, W.: Adolescent turmoil: fact or fiction? J.Child. Psychol. Psychiat., ١٧:٣٥-٥٦, ١٩٧٦.

References

Sarafino, E.P.: The Fears of Childhood: A Guide to Recognizing and Reducing Fearful Status in Children. New York: Human Sciences Press, Inc. ١٩٨٦.

Sperling, M.: Animal Phobias in a Two Year Old Child. Psychoanalytic Study of the Child. ٧:١١٥-١٢٥, ١٩٦٢.

Starfield, B., Gross, E., Wood, M., Pontell, R., Allen, C., Gordon, I.B., Moffatt, P., Drachman, R., Katz, H.: Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children. Pediatrics, ٦٦:١٥٩-١٦٧ ١٩٨٠.

Stone, R.T., & Barbero, G.J.: Recurrent abdominal pain in childhood. Pediatrics, ٤٥:٧٣٢-٧٣٨, ١٩٧٠.

Waldron, S.: The Significance of Childhood Neurosis for Adult Mental Health: A follow-up study. Am. J. Psychiatry ١٣٣:٥٣٢-٥٣٨, ١٩٧٦.

Wolman, B.B.: Phobias in Childhood, Manual of Child Psychology. McGraw-Hill Book Compulsions. N.Y., pp. ٣٩٩-٤١٥, ١٩٧٢.

Wolpe, J.: Systematic Desensitization of Phobias. Am. J. Psychiatry ١١٩:١٠٦٢-١٠٦٨, ١٩٦٣.

Wright, T.L.: A Clinical Study of Children Who Refuse to Talk in School. J. Am. Acad, Child Psychiatry ٧:٦٠٣-٦١٧, ١٩٦٨.

Zeigler, D.K.: Neurological Disease and Hysteria, The Differential Diagnosis. Int. J. Neuropsychiatry ٣:٣٨٨-٣٩٦, ١٩٦٧.

Proctor, J.I.: Hysteria in Childhood. Am. J. Orthopsychiatry ٢٨:٣٩٤-٤٠٧, ١٩٥٨.

Rachman, S., and costello, C.: The Etiology and Treatment of children's Phobias: A review, in S. Harrison and J. McDemott (Eds.), Childhood Psychopathology. New York: International Universities Press, ١٩٦١.

Rock, N.L.: Conversion Reactions in Childhood: A clinical study on childhood neurosis. J. Am. Acad. Child Psychiatry ١٠:٦٥-٩٣, ١٩٧١.

Waldron, S.: The Significance of Childhood Neurosis for Adult Mental Health: A follow-up study. Am. J. Psychiatry ١٣٣:٥٣٢-٥٣٨, ١٩٧٦.

Wolpe, J.: Systematic Desensitization of Phobias. Am. J. Psychiatry ١١٩:١٠٦٢-١٠٦٨, ١٩٦٣.

Wright, T.L.: A ClinStudy of Children Who Refuse to Talk in School. J. Am. Acad, Child Psychiatry ٧:٦٠٣-٦١٧, ١٩٦٨.

Zeigler, D.K.: Neurological Disease and Hysteria, The Differential Diagnosis. Int. J. Neuropsychiatry ٣:٣٨٨-٣٩٦, ١٩٦٧.

سلس البول **Enuresis** هو التبول في الفراش خلال النوم عند الأطفال فوق سن الخامسة وهو ينقسم إلى مرحلتين: مرحلة أولية ومرحلة لاحقة أو ثانوية. في المرحلة الأولية لا يتمكن الأطفال من التحكم بالمثانة، أما في المرحلة اللاحقة فيعود الطفل إلى التبول ثانية بعد مرحلة من الجفاف.

وتغطي المرحلة الأولية حوالي ٩٠ بالمائة من الحالات ويشكل الذكور ثلثي مجمل المرضى. وقد كان من المعتقد سابقاً أن التبول يحدث خلال الاستيقاظ من النوم العميق **NREM**– المرحلة الرابعة ولكن الإحصاءات الحديثة أظهرت أن حالات التبول تحدث في كل مرحلة من مراحل النوم الخمس **NREM-REM**، وهو مرض من الممكن أن ينتقل وراثيا في العائلة. العوامل التي قد يسببها مدرجة في ***الجدول رقم*** (١)

الجدول رقم (١) ***العوامل التي يمكن أن تسبب سلس البول***

١–استعداد جيني خصوصاً في الحالات الأولية ووجود حالات سابقة في العائلة.
٢–عوامل نفسية: وهذه شديدة الأهمية في الحالات اللاحقة– التقهقر النفسي، ***التحرش الجنسي***، العدائية عند الصبيان، سوء التصرف عند الفتيات، قضم الاظافر، الاضطرابات الغذائية.
٣–عوامل اقتصادية–اجتماعية: وهي الأكثر شيوعا لدى أطفال آباؤهم من ذوي الأعمال اليدوية.
٤–توقف النفس المؤقت عند النوم **Sleep Apnea** مهمة في حالتي التبول الأولية واللاحقة.

٥-مشاكل أو أمراض بولية: التهابات في المثانة أو المسالك البولية، فقط ٥
٦- بالمائة من الأطفال المرضى اظهروا عناصر عضوية هامة.
٧-اضطرابات داء الصرح أو داء السكري.
٨-اختلال أو تأخر في النمو والنضوج.

العلاج: من الضروري أن نلاحظ هنا أن عدداً من الأطفال المتبولين قد يتحسن ويتجاوب مع أي نظام علاجي، وهناك مرحلتان دقيقتان في مسار هذا المرض: واحدة تتراوح بين سن السادسة والسابعة والثانية في مرحلة البلوغ، وأي علاج يتبع في هاتين المرحلتين قد يعطي النتيجة المرجوة. وهناك علاجات أخرى تتضمن التخلص من الالتهابات والعوامل العضوية، العناية الأبوية الصحيحة، طريقة تعديل السلوك بالوسادة والجرس، ودواء اميبرامين **Imipramine**.

سلس الغائط **Encopresis:** هو التلوث المتكرر بالبراز لدى الأطفال فوق سن الرابعة دون وجود مرض عضوي واضح، وهو أيضاً ينقسم إلى حالتين: أولية ولاحقة. وهو يصنف كحالة لاحقة إذا سجل وجود ضبط برازي في فترة سابقة لمرحلة التلوث.

وهناك نوعان طبيان لهذا المرض: النوع المحتبس والنوع غير المحتبس **Retentive & Non Retentive Types**. ويتضمن سلس الغائط المحتبس حدوث إمساك يأتي بعده التلوث، ومن المعتقد أن الطفل في هذا النوع يعاني صراعاً قوياً مع أمه ويسبب له تسرب البراز مزيجاً من الخجل والقلق. أما النوع غير المحتبس لا يتوافق مع وجود إمساك ولا يحدث بشكل متواصل ومستمر.

وبعض أسباب مرض الغائط تتضمن النقاط التالية:

١-عوامل فيزيولوجية: مشاكل في عضلة المخرج الخارجيـــة أو فـــي القولـــون الأقرب.

٢- عوامل متشابكة: معتقدات وتوجهات من الأهل، خصوصا لدى ألام العصبيـــة **Neurotic** أو الأب المتباعد الجاف.

٣-عوامل نفسية: قلق تقهقر نفسي، مشاكل مدرسية، علاقات سيئة مع الزمـــلاء، الانفصال،الأحداث المرعبة أو الفاجعة.

٤- عوامل سلوكية: عادات سيئة، تدريب إكراهي على استعمال المرحاض.

٥- عوامل متعددة: جينية وراثية أو جسدية.

إن نسبة الذكور إلى الإناث في مرض سلس الغائط هي أربعة إلى واحد، وكلما نما الطفل مالت أعراض هذا المرض إلى الاختفاء. والغالبية العظمى مـــن الأطفـــال المصابين تشفي عند بلوغ سن المراهقة. أما في حال الحاجة إلى علاج فذلك قـــد يتضمن من الأهل والطفـــل، عـــلاج نفســـي وســـلوكي مســـاعد **Supportive Psychotherapy** إضافة إلى دواء اميبرامين.

References

Agarwal, A.: Enuresis. Am Fam Physician ٢٥:٢٠٣-٢٠٧, ١٩٨٢.

Anonymous: My enuresis. Arch Dis Child ٦٢-٨٦٦-٨, ١٩٨٧.

Anthony, E.J.: An experimental approach to the psychopathology of childhood: Encopresis. British J. Med. Psychology, ٣٠, ١٥٦-١٦٢, ١٧٢-١٧٤, ١٩٥٧.

Arthur, C. Houts, and J. Keith Peterson: Treatment of A Retentive Encopretic Child Using Contingency Management and Diet Modification with Stimulus Control. Journal of Pediatric Psychology, Vol. ١١, No. ٣, ١٩٨٦.

Bindeglas, P.M., Dee, G.: Enuresis Treatment With Imipramine Hydrochloride: A ١٠-year follow-up study. Am J Psychiatry ١٣٥:١٥٤٩-١٥٥٢, ١٩٧٨.

Bindelglas, P.M., Dee, G.: Enuresis treatment with imipramine hydrochloride: a ١٠-year follow-up study. Am J Psychiatry ١٣٥:١٥٤٩-٥٢, ١٩٧٨.

Birkasova, M., Birkas, O., Flynn, M.J., et al.: Desmopresin in the Management of Nocturnal Enuresis in Children: A double-blind study. Pediatrics ٦٢:٩٧٠-٩٧٤, ١٩٧٨.

Breneman, J.C.: Nocturnal Enuresis: A treatment reginen for general use. Ann Allergy ٢٣(٢):١٨٥-١٩١, ١٩٦٥.

Cohen, M.W.: Enuresis, Pediatric Clinics of North America, Volume ٢٢: ٥٤٥-٥٦٠, August, ١٩٧٥.

Doleys, D.M.: Enuresis and encopresis. In T.H. Ollendick & M. Hersen (Eds.) Handbook of child psychopathology. New York: Plenum Press, pp. ٢٠١-٢٢٦, ١٩٨٣.

Esman, A.H.: Nocturnal enuresis: some current concepts, J.Am. Acad. Child Psychiatry, Volume ١٦: ١٥٠-١٥٨, Winter, ١٩٧٧.

Essen, J., Peckham, C.: Nocturnal Enuresis in Childhood. Dev Med Child Neurol ١٨:٥٧٧-٥٨٩, ١٩٧٦.

Fleisher, D.R.: Diagnosis and treatment of disorders of defecation in children. Pediatric Amals, ٥, ٧١-١٠١, ١٩٧٦.

Foxman, B., Valdez, R.B., Brock, R.H.: Childhood enuresis: prevalence, perceived impact, and prescribed treatments. Pediatrics ٧٧:٤٨٢-٧, ١٩٨٦.

Fritz, G. & Armbrust, J.: Enuresis & Encopresis, Psychiatric Clinics of North America, Volume ٥: ٢٨٣-٢٩٦, August, ١٩٨٢.

Gavanski, M.: Treatment of non-retentive secondary encopresis with imipramine and psychotherapy. Canadian Medical Association Journal, ١٠٤, ٢٢٧-٢٣١, ١٩٧١.

Gerard, M.W.: Enuresis: A Study in etiology. Am J Orthopsychiatry ٩:٤٨-٥٨, ١٩٣٣.

Graham, D.Y., Moser, S.E., & Estes, M.K.: The effect of bran on bowel function in constipation. American Journal of Gastroenterology, ٧٧, ٥٩٩-٦٠٣, ١٩٦٥.

Hallgren, B.: Enuresis: A Clinical and Genetic Study. Acta Psychiatr Neurol Scand ٣٢(Suppl):١٢٣, ١٩٥٧.

References

Halpern, Werner J.: The treatment of encopretic children. J. Amer. Acad. Of child Psychiatry, ١٦, ٤٧٨-٤٩٩, ١٩٧٧.

Haque, M., Ellerstein, N.S., Gundy, J.H., et al.: Parental preceptions of enuresis: a collaborative study. Am J Dis Child ١٣٥:٨٠٩-١١, ١٩٨١.

Hein, H.A., & Beerends, J.J.: Who should accept primary responsibility for the encopretic child? Clinical Pediatrics, ١٧, ٦٧-٧٠, ١٩٧٨.

Kaffman, M., Elizur, E.: Infants who become enuretics: a longitudinal study of ١٦١ kibbutz children. Monogr Soc Responsible Child Devel ٤٢(٢ serial no ١٧٠):١-٥٤, ١٩٧٧.

Kanner, L.: Child Psychiatry. Ed ٤. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, ١٩٧٢.

Levine, M.D., & Bakow, H.: Children with encopresis: A study of treatment outcome. Pediatrics, ٥٨, ٨٤٥-٨٥٢, ١٩٧٦.

Mahoney, D.T.: Studies of Enuresis: I. Incidence of Obstructive Lesions and Pathophysiology of Enuresis. J Urol ١٠٦:٩٥١-٩٥٨, ١٩٧١.

Maizels, M.A., Rosenbaum, D.: Successful Treatment of Nocturnal Enuresis: A practical approach. Prim Care ١٢:٦٢١-٦٣٥, ١٩٨٥.

Michael, E.K., Moffatt: Nocturnal enuresis: Psychologic implications of treatment and nontreatment. The Journal of Pediatrics, St. Louis Vol. ١١٤, No. ٤, Part ٢, pp. ٦٩٧-٧٠٤, April ١٩٨٩.

Mikkelson, E.J., Rapoport, J.L., Nee, L., et al.: Childhood Enuresis. I: Sleep patterns and psychopathology. Arch Gen Psychiatry ٣٧:١١٣٩-١١٤٤, ١٩٨٠.

Miller,, P.R., Champelli, J.W., Dinello, F.A.: Imipramine in the Treatment of Enuretic School-Children. Am J Dis Child ١١٥:١٧-٢٠, ١٩٦٨.

Moffatt, MEK. Kato, C., Pless I.B.: Improvements in self-concept after treatment of nocturnal enuresis: a randomized clinical trial. J Pediatr ١١٠:٦٤٧-٥٢, ١٩٨٧.

Muellner, S.R.: Development of Urinary Control in Children. JAMA ١٧٢:١٢٥٧-١٢٦١, ١٩٦٠.

Netley, C., Khanna, F., mcKendry, JBJ, et al.: Effects of different methods of treatment of primary enuresis on psychological functioning in children. Can Med Assoc J. ١٣١:٥٧٧-٩, ١٩٧٨.

Nisley, D.D.: Medical overview of the management of encopresis. Journal of Pediatric Psychology, ٤, ٣٣-٣٤, ١٩٧٦.

Pierce, C.M., et al.: Enuresis and Dreaming. Arch Gen Psychiatry ٤:١٦٦-١٧٠, ١٩٦١.

Quay, H., Werry, J.: Psychosomaic disorders in book, Psychological Disorders in children, John Wiley & Sons, New York, pp. ١٤٧-١٥٢, ١٩٧٢.

References

Ritvo, E.R., et al.: Arousal and Nonarousal Enuretic Events. Am J Psychiatry ١٢٦:١١٥-١٢٢, ١٩٦٩.

Robinson, C.H., & Lawler, M.R.: Normal and therapeutic nutrition. New York: McMillan, ١٩٧٧.

Rutter, M., Yule, W., Graham, P.: Enuresis and behavioral dev. In: Kolvin I, Mackeith RC, Meadow SR, eds. Bladder control and enuresis. Philadelphia: JB Lippincott, ١٣٧-٤٧, ١٩٧٣.

Rutter, M., Yule, W., Graham, P.: Enuresis and Behavioral Deviance: Some Epidemiological Consi-derations. In Kolvin L, MacKeith R, Meadow R (eds): Bladder Control and Enuresis. Philadelphia, JB Lippincott Co, pp ١٣٧-١٤٧, ١٩٧٣.

Sacks, S.: De Leon G, Blackman S. Psychological changes associated with conditioning functional enuresis. J Clin Psychol ٣٠:٢٧١-٦, ١٩٧٤.

Schaefer, Charles E.: Treatment approaches for enuresis. In Childhood encopresis and enuresis: Causes and therapy. New York: Van Nostrand Reihold Co., pp. ١١٢-١٤٦, Ch. ٣.

Schmitt, B.: Nocturnal enuresis: an update on treatment, Ped. Clin. Of North America, Volume ٢٩:٢١-٣٦, February, ١٩٨٢.

Shaffer, D.: The association between enuresis and emotional disorder: a review of the literature. In: Kolvin I, Mackeith RC, Meadow SR, eds. Bladder control and enuresis. Philadelphia: JB Lippincott, ١١٨-٣٦, ١٩٧٣.

Shelov, S.P., Gundy, J., Weiss, J.C., et al.: Enuresis: a contrast of attitudes of parents and physicians. Pediatrics ٦٧:٧٠٧-١٠, ١٩٨١.

Simonds, J.F.: Enuresis - a brief survey of current thinking with respect to pathogenesis and management, Clin. Pediatrics, Volume ١٦: ٧٩-٨٢, ١٩٧٧.

Strafield, B.: Enuresis: Its pathogenesis and management. Clin Pediatr ١١:٣٤٣-٣٥٠, ١٩٧٢.

Wagner, W., Johnson, S.B., Walker, D., et al.: A controlled comparison of two treatments for nocturnal enuresis. J Pediatr ١٠١:٣٠٢-٧, ١٩٨٢.

Walker, C.E.: Toilet training, enuresis, encopresis. In P.R. Magrab (Ed.), Psychological management of pediatric problems (Vol. ١). Baltimore: University Park Press, ١٩٧٨.

Weider, D.J., Hauri, P.J.: Nocturnal Enuresis in Children with Upper Airway Obstructions. Int J Pediatr Otorhinolaryngol ٩:١٧٣-١٨٢, ١٩٨٥.

Werry, J.S., Cohrssen, J.: Enuresis: An Etiologic and Therapeutic Study. J Pediatr ٦٧:٣١٢-٣٣١, ١٩٦٥.

إن المواليد الجدد لا يأتون إلى هذا العالم ولديهم القدرة لإظهار ميلهم إلى النوم ليلاً والاستيقاظ نهاراً، وفي الواقع إن هؤلاء المواليد لا يميّزون كثيراً بين ليل ونهار. إن المواليد الجدد ذوي الحساسية العالية يتجاوبون ببطء مع تقسيم وتحديد أوقات النوم.

تطور أوقات النوم الطبيعية – يتأثر التقسيم والتطور الطبيعي لأوقات النوم بعوامل بيولوجية وبيئية ومزاجية متنوعة، ويحدد ***الجدول رقم*** (١) نقاطا تميز خصائص أوقات النوم في أعمار مختلفة. فهناك تغييرات تحدث بالتأكيد وتعكس اختلافات ذاتية مزاجية لدى كل فرد. ففي الشهر السادس عموماً يصبح بإمكان الطفل أن يخلد إلى النوم في أوقات منتظمة وينام طوال الليل دون التدخل المتكرر من الأهل.

جدول رقم (١) ***تطور أوقات النوم الطبيعية***

السن	***النوم ليلاً***	***النوم نهاراً***	***حركات العين السريعة أثناء النوم REM- انعدام حركات العين السريعة أثناء النوم NREM-***
مواليد جدد	تتراوح فترات النوم ليلاً بين ٦ ساعات و ٢٠ دقيقة.	ينام من ٦ إلى ٨ مرات يومياً	يبدأ النوم بحركات العين السريعة. لا تقسيم بين مراحل **NREM**. **REM/NREM** يتبادلون خلال فترة كل ساعة من النوم. تخطيط **NREM** اسمه **Trace alternant** حتى بلوغ الشهر الأول من العمر.

تتمة جدول رقم (١) تطور أوقات النوم الطبيعية

السن	النوم ليلاً	النوم نهاراً	حركات العين السريعة أثناء النوم REM- انعدام حركات العين السريعة أثناء النوم NREM-
٣ إلى ٦ اشهر	١٤ إلى ١٥ ساعة	٣ قيلولات	يبدأ نوم NREM. يقسم NREM إلى أربعة أقسام ويتميز التخطيط K-Complexes.
٦ اشهر	١٤ ساعة	قيلولتان بمعدل ٣ ساعات.	REM يتميز بنسبة ٣٥ إلى ٤٥ بالمائة من مجموع ساعات النوم حتى المراهقة.
سنة إلى سنة ونصف	١١ ساعة ونصف	قيلولة لمدة ساعتين.	***كوابيس***. تبدأ الكوابيس في أعمار مختلفة وتظهر خلال REM. تؤثر في البنات اكثر من الصبيان.
٣ سنوات	١١ ساعة ونصف	لا وجود للقيلولة. غير محدد من سنتين حتى خمس سنوات.	يبدأ عادة رعب النوم SleepTerrors. يحدث خلال NREM. يؤثر في الصبيان اكثر من البنات، وربما تحدث الكوابيس أيضاً.
٥ إلى ٨ سنوات	١١ ساعة		يبدأ عادة المشي خلال النوم والرعب والكوابيس.
٩ سنوات	١٠ ساعات		كوابيس ورعب خلال النوم.
١٤ سنة	٩ ساعات		تتحقق قيمة REM/NREM كما عند الراشدين وتكون نسبة REM ٢٠ % بالمائة من وقت النوم.

عندما تصبح أوقات النوم منتظمة عند الطفل، قد يستمر تقطع النوم بسبب تغييرات بيئية مثل ترك المنزل بصورة مؤقتة أو تبديل مكان النوم.

ويبدو أن تقطع النوم بسبب الأحلام السيئة هو جزء طبيعي من مراحل نمو الطفل من سنة حتى ٣ سنوات. إن العالم يتمدد أمام أفق هؤلاء الأطفال ولكن قدراتهم الاستيعابية المحدودة تفسح المجال لظهور القلق والمخاوف التي لا تتوقف عند الخلود للنوم. إن رفض الذهاب إلى النوم في هذا السن قد يعود إلى قلق الطفل من خسارة السيطرة على مهاراته الوظيفية المكتسبة مثل التحكم بعمل المثانة والسيطرة على التبرز. أو ربما يعكس خوف الطفل بان الناس والأماكن التي تعطيه الشعور بالأمان قد تختفي عندما يخلد للنوم ويفقد الاتصال بهم.

وفي ما يلي لائحة يتضمنها ***الجدول رقم*** (٢) حول العوامل التي تؤثر في أوقات النوم المنتظمة.

جدول رقم (٢) العوامل المؤثرة في أوقات النوم المنتظمة عند الأطفال

١-الحركات المهدئة كالهز والارضاع، او استخدام أدوات اللهو.
٢-أشياء تستخدم خلال الانتقال من اليقظة إلى حالة النوم (الاستماع إلى الموسيقى، امتصاص قارورة ... الخ).
٣- وجود أو غياب الحدود الأبوية.
٤-الإطعام خلال الليل.
٥-التأخير أو التقديم في أوقات النوم.
٦-عدم انتظام أوقات النوم.
٧-الرعب أو الكوابيس أثناء النوم.

الكوابيس- كما أشرنا سابقاً ان الكوابيس طبيعية في سن الطفولة، وهي تحدث في مرحلة النوم **REM**، وتكون اكثر شيوعاً بين البنات منها بين الصبيان. وبعض المشاكل الأخرى قد تتضمن صعوبة بداية النوم والاستيقاظ المتكرر خلال الليل والمشي والحكي والبكاء وسلس البول خلال النوم.

ويذكر أيضاً أن قلق الطفل من الذهاب إلى السرير والخلود إلى النوم هو احد الأسباب المهمة في مشاكل النوم. وحسب نظريات التطور والنمو فان قلق الانفصال **Separation Anxiety** عند الأطفال هو مرحلة مميزة في النمو. فبعض الأطفال قد يرفض الذهاب إلى النوم لانه وقت الانفصال عن الأهل وسوف يفعل ما بوسعه لمنع هذا الانفصال.

إن الكوابيس التي تبدأ في أعمار مختلفة عند الأطفال والأولاد قد تكون متكررة ومخيفة. وهم يتمكنون من تذكر الأحلام المرعبة السيئة. وبعض الأطفال الصغار لا يميزون بين الحلم والواقع عند الاستيقاظ من حلم سيئ. ولا يسمحون لانفسهم بالنوم مجدداً. إن إعطاء الاطمئنان والتفهم الأبوي هما كل ما يحتاجه الطفل لمساعدته في هذه الفترة. وعلى أي حال فقد يشكل التصرف الأبوي إعطاء ربحاً سيكولوجياً ثانوياً **Secondary Gain**- عند بعض الأطفال للإبقاء على حالة النوم المتقطع، بحيث يستخدمون تصرفاتهم عند النوم كأسلوب لجذب انتباه الأهل وتغيير محيطهم.

فهم يطلبون ويتوسلون لتأجيل وقت النوم ويلحون على وجود أهلهم إلى جانبهم قبل أن يناموا، وعندما يستيقظون خلال الليل ينادون الأهل أو يذهبون للنوم في غرفتهم أو فراشهم. هنا يتوجب على الأهل الاستشارة الطبية والمناقشة لتغيير تصرفهم تجاه أولادهم مما يؤدي إلى حلّ المشكلة واراحة الأهل.

الكوابيس أيضاً عند الأطفال قد يسببها القلق حول العلاقات مع أفراد العائلة والمجتمع الخارجي. بالنسبة لصعوبة بداية النوم فقد تكون هذه مشكلة شائعة عند المراهقين بسبب القلق والمشاغل العاطفية.

ومن الأسباب الأخرى لتأرق أو سهاد المراهقين الاكتئاب والاحباطات والهياج الجنسي.

أما النوم المطول **Hypersomnia** عند الأطفال والمراهقين فهو عادة ذو جذور نفسية. فالنوم عند بعض الأطفال والمراهقين هو هروب سهل من متطلبات البيئية المحيطة التي لا يتمكنون أو لا يرغبون بتلبيتها.

الارتعاب أو الكلام أو المشي خلال النوم تشكل نسبياً مجموعة نادرة من مشاكل النوم تسمى المؤرقات **Parasomnia** وهنا يجب التأكيد أن مشاكل النوم ليست مشاكل بحد ذاتها، إنما هي غالباً اعتراض تسببها حالات طبية أو نفسية كامنة.

ارتعاب الليل - يختلف رعب الليل عن الكوابيس، فالطفل المصاب برعب الليل يجلس فجأة في سريره ويصرخ دون توقف ويبدو وكأنه مستيقظ. يبدو الطفل مرتبكاً وخائفاً ولا يمكنه البوح بما يؤلمه، وبعد بضع دقائق قد يهدأ ويعود إلى النوم وفي الصباح التالي لا يتذكر ما حدث له.

ويتكرر حدوث رعب الليل خلال الثلث الأول من فترة النوم في مرحلة " NREM" العميقة، وهو يؤثر في الصبيان اكثر من البنات ويمكن انتقاله وراثياً.

المشي خلال النوم يحدث عادة في الساعات الأولى من النوم خلال مرحلة **NREM**، فيجلس الفرد في سريره ثم يغادر ويسير دون أن يكون بكامل يقظته، ولكن بعينين منفتحتين محدقتين بنظرة شاردة. ولا يقوم عادة بتصرفات تستدعي اهتماماً فكرياً معقداً، ولكن على أية حال قد يقوم الطفل بحركات خطيرة إذا فتح نافذة أو باباً أو سار خارجاً نحو الدرج. وقد تنتقل الحالة وراثياً كما في حالة رعب الليل أو سلس البول **Enuresis**.

السبخ النوبي أو النوم المفاجئ **Narcolepsy** الذي لا يقاوم هـــو حالـــة مجهولـــة الأسباب والاساس، يتم تشخيصها عادة عند المراهقين في أوائل العشرينات، وأول الأعراض التي تظهر عند المراهقين هي النوم في أوقات غـــير ملائمـــة خـــلال الحديث على الهاتف مثلاً أو خلال تناول العشـــاء أو قيـــادة الســـيارة. وتتـــألف الأعراض التقليدية الأربعة لهذه الحالة من التالي:

١- نوبات نومية.
٢- **Cataplexy** جمدة وتوقف مفاجئ لعمل العضلات، شلل.
٣- الشلل النومي: الشلل عند بدء النوم أو عند الاستيقاظ.
٤-هلوسة المرقدات **Hypnagogic Hallucinationg**: هلوسات بصرية وسماعية مرعبة تحدث عند بداية النوم.

إن عوامل القلق والغضب والصراعات العاطفية قد تسبب حدوث نوبـــات الســـبخ النوبي. وانه من المهم جداً التأكيد للقارئ إن هذه النوبات ليست نوبات داء الصرع وهي متعلقة بمشاكل النوم أو النوم غير المريح أثناء الليل.

العلاج- في غالب الاحيان، لا تتطلب الكوابيس ورعب الليل والمشي أثناء النـــوم علاجاً للطفل أو المراهق. عادة كل ما هو مطلوب هو طمأنة الأهـــل لأولادهـــم. ولكن عندما تحدث هذه النوبات عدة مرات في الليل ولعدة أســـابيع عنـــد الأولاد الأكبر سناً والمراهقين، فعندها هناك حاجة للاستشارة الطبية لدراســـة الأســـباب السيكولوجية وللعلاج.

ولا يوصى عادة بالأدوية المنوّمة **Hypnotic drugs** في التعامل مـــع مشـــاكل النوم عند الأطفال والمراهقين لأنها إما غير ضرورية أو هي معالجة للأعـــراض فقط.

References

Anders, T.F.: Biological Rhythms in Development. Psychosom Med ٤٤:٦١-٧٢, ١٩٨٢.

Cuthbertson, J., Schevill, S.: Helping Your Child Sleep Through the Night. Garden City. New York, Doubleday & Compulsions, ١٩٨٥.

Douglas, J., Richman, N.: My Child Won't Sleep. Hammondsworth, Middlesex, England, Penguin Books, ١٩٨٤.

Ferber, R., Boyle, M.P.: Sleeplessness in Infants and Toddlers: Sleep initiation difficulty masque-rading as a sleep maintenance insomnia. Sleep Responsible ١٢:٢٤٠, ١٩٨٣.

Ferber, R.A.: Sleep Disorders in Infants and Children. In Riley T (ed): Sleep Disorders For the Clinician. London, Butterworths, pp ١١٣-١٥٧, ١٩٨٥.

Ferber, R.A.: Solve Your Child's Sleep Problem. New York, Simon and Schuster, ١٩٨٥.

Illingworth, R.: The Child Who Won't Sleep and Whose Parents Won't Let Him. Mims Magazine, pp ٧١-٧٧, November ١٩٧٦.

Jones, DPH, Verduyn, C.M.: Behavioral Management of Sleep Problems. Arch Dis Child ٥٨:٤٤٢-٤٤٤, ١٩٨٣.

Kleitman, N.: Sleep and Wakefulness. Chicago, University of Chicago Press, ١٩٣٩.

Largo, R.H., Hunziker, U.A.: A Developmental Approach to the Management of Children With Sleep Disturbances in the First Three Years of Life. Eur J Pediatr ١٤٢:١٧٠-١٧٣, ١٩٨٤.

Lenard, H.G.: Sleep Studies in Infancy. Acta Paediatr Scand ٥٩:٥٧٢-٥٨١, ١٩٧٠.

Metcalf, D.: Sleep Spindle Ontogenesis in Normal Children. In Smith W(ed): Drugs, Development, and Cerebral Function. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, pp ١٢٥-١٤٤, ١٩٧٢.

Moore, T., Ucko, L.E.: Nightwaking in Early Infancy: Part ١. Arch Dis Child ٣٢:٣٣٣-٣٤٢, ١٩٥٧.

Moore-Ede, M.C., Sulzman, F.M., Fuller, C.A.: The Clocks That Time Us. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, ١٩٨٢.

Ragins, N., Schachter, S.: A Study of Sleeping Behavior in ٢-Year Old Children. J Am Acad Child Psychiatry ١٠:٤٦٤-٤٨٠, ١٩٧١.

Richman, N.: Sleep Problems in Young Children. Arch Dis Child ٥٦:٤٩١-٤٩٣, ١٩٨٤.

Stern, E., Parmelee, A.H., Akiyama, Y., et al.: Sleep Cycle Characteristics in Infants. Pediatrics ٤٣:٦٥-٧٠, ١٩٦٩.

Valman, H.B.: Sleep Problems. Br Med J ٢٨٣:٤٢٢-٤٢٣, ١٩٨١.

Van Tassel, E.B.: The Relative Influence of Child and Environmental Characteristics on Sleep Distur-bances in the First and Second Year of Life. JDBP ٦:٨١-٨٦, ١٩٨٥.

Younger, J.B.: The Management of Night Waking in Older Infants. Pediatr Nurs ٨:١٥٥-١٥٨, ١٩٨٢.

تعرّف العدائية كتصرف موجّه ضد شخص آخر أو ضد الشخص ذاته أو ضد أشياء غير حيّة. وترتبط التهديدات والعنف والغضب والتسرع بحالة العدائية التي قد تكون قولاً أو فعلاً، ويعتبر العنف هو الحد الأقصى لهذه الحالة بحيث يتضمن الأذى الجسدي أو تخريب الممتلكات.

"العدائية الاداتية" **(Instrumental Aggression)** - هو تعبير يتم استخدامه لوصف مهارات عنف مكتسبة يتّم تطبيقها بشكل واع من اجل التحكم أو السيطرة أو التسلط.

إن التصرفات العنيفة والعدائية هي أمور شائعة في الأمراض النفسية والعصبية إضافة إلى الخلل السلوكي، فمرض الشخصية المضادة للمجتمع **(Antisocial Personality Disorder)** مثلاً عند الراشدين هي حالة تتضمن درجات مختلفة من العدائية والتصرفات العنيفة. والانفعال عند الأطفال وضعف القدرة على التحكم قد يشخّصه الطب النفسي في التصرف والسلوك واضطراب النقص في الانتباه وازدياد الحركة. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder**.

أسباب المرض - لقد لوحظ منذ أمد بعيد، مدى تأثير العوامل البيئية والمجتمعية كعناصر مساهمة في التصرفات العدائية، كذلك تلعب التأثيرات العضوية دوراً هاماً في التصرفات، ويظهر ***الجدول رقم*** (١) بعض العوامل التي تسبب العدائية عند الأطفال والمراهقين.

الجدول رقم (١) التحليل في عدائية الأطفال والمراهقين

١- السيرة الطبية والاضطرابات النفسية في العائلة
٢-الذكورية (متلازمة **XY Syndrome**) أو مرض (**XYY Syndrome**).
٣-آباء من ذوي السوابق الإجرامية.
٤-تأثيرات هرمونية (مثل الستيرويدات البنائية **Anabolic Steroids**).
٥-تأثيرات الموصلات العصبية (**Neurotransmitters**) للجهاز العصبي المركزي (مثل نسب منخفضة للسيروتونين **Serotonin**، او ارتفاع نسبة الدوبامين **Dopamine**، إضافة إلى تأثير نورابينفرين **Norepinephrine**).
٦-انخفاض نسبة IQ - أي الذكاء عن المستوى الطبيعي.
٧-خلل دماغي أو وظيفي خصوصا في اللوزة (Amygdala) أو غدة المخيخ (**Hypothalamus**) أو اللحاق المداري في مقدمة الرأس. مثلاً: التهاب الدماغ الحرفي (**Limbic encephalitis**).
٨-سؤ معاملة الأطفال أو إهمالهم (نموذج للعدائية المكتسبة).
٩-رعاية أبوية سيئة خصوصا خلال مراحل دقيقة من نمو الطفل.
١٠-حالات معيشية سيئة أو ظروف غير مريحة مثلاً: الحرّ الزائد أو الأعداد الكبيرة المزدحمة.
١١-العنف داخل العائلة.

١٢- اضطرابات نفسية عند الأطفال (مثل الاكتئاب واضطراب النقص في الانتباه وازدياد الحركة والذهان (**Psychoses**). المزاجية وغيرها من نقاط الضعف الذاتية
١٣-العنف المضمر ضمنياً والموافق عليه أخلاقيا.
١٤-المؤثرات السامة (مثل الكحول والكوكايين وغيرها).
١٥-أسباب طبية (مثل النشاط الفائض للغدد الدرقية).
١٦-نوبات الصرع (**Temporal lobe epilepsy**)، حالات الهيجان أو الغضب المدمر وحالة عقب النشبة (**Postictal State**) والتصرف ما بين نشبتين (**Interictal Behavior**).

إن العوامل الاجتماعية والبيئية هي ذات أهمية كبرى في نشوء العدائية. عندما ننظر إلى غضب الطفل الصغير في شكله الأكثر بدائية، إن التفاعلات مع الأم والعائلة تقولب هذا الغضب في مرحلة تطور النضج العصبي.

أما استمرار التصرفات العدائية في مرحلة لاحقة من الطفولة فقد يكون سببه ضعف المهارات الأبوية، بحيث أن الفشل المتكرر في وضع حدود لتصرف الطفل، والصعوبة في تغيير تصرفاته السابقة التي اعتاد عليها، والموافقة الضمنية على التصرفات العدائية، هي كلها ضمن الأسباب التي تؤدي إلى استمرار هذا الأمر.

إن نقص الرقابة وإهمال الأولاد قد لا يسمح لهم إذا كانوا بمفردهم، بمهاجمة أطفال اصغر سناً بأقصى ما يمكن من العنف والغضب. وتختلف أساليب العدائية بين مختلف الدرجات الاجتماعية وبين عائلة وأخرى. كما تكون النزعة للردّ قولاً أو فعلاً على أنواع.

المعالجة - يعتمد علاج العدائية والعنف السلوكي على درجات العنف ومســـبباته، ومن المهم جداً أن نبقي الميول العدوانية عند الأطفال والمراهقين تحت السيطرة، بواسطة وضع الحدود اللازمة والتوجيه الاجتماعي المختــص، لتخفيــف العنــف المتكرر في الحياة اليومية إلى اقل درجة ممكنة.

لمعرفة المزيد من التفاصيل عن هذا الموضوع، يرجى مراجعة الفصل المتعلـــق بالاضطرابات السلوكية فى القسم الثانى أو الثالث.

References

Achenbach, T., Y Edelbrock, C.: Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, VT: University of Vermont. ١٩٨٣.

Alam, M. T., Deschamps, R., Gaba, E., et al.: The XYY Syndrome in an adolescent male exhibiting prominent behaviour problems. Clin. Genet., ٣:١٦٢-١٦٨, ١٩٧٢.

Amaral, D., Sinnamon, H.: The locus coerulus: Neurobiology of a central noredrenergic nucleus. Progress Neurobiology, Vol.: ٩: ١٤٧, ١٩٧٧.

Anderson, G.M.: Review of the role of serotonin in disrupted behavior. Journal Child Adolescent Psychopharmacology. Vol.٣, ١٩٩٣.

Arnold, P. Goldstein and Harold keller: Aggressive behavior: Assessment and Intervention. New York: Pergamon Press, ١٩٨٧.

Asberg, A., Traskman, L., Thoren, P.: ٥HIAA in Cerebrospinal Fluid: A biochemical suicide predictor? Arch Gen Psychiatry ٣٣:١١٩٣-١١٩٦, ١٧٦.

Asher, S.R., & Dodge, K.A.: The identification of socially rejected children. Developmental Psychology, ٢٢, ٤٤٤-٤٤٩, ١٩٨٦.

Baker, D., Telfer, M.A., Richardson, C.E., et al.: Chromosome Errors in Men With Antisocial Behavior: Comparison of selected men with "Klinefelter's syndrome" and XYY chromosome pattern. JAMA ٢١٤:٨٦٩-٨٧٨, ١٩٧٠.

Bandura, A.: Aggression: A Social Learning Analysis. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, ١٩٧٣.

Bowlby, J.: Attachment and Loss. Vol ١. New York, Basic Books, ١٩٦٩.

Bowlby, J.: Attachment and Loss. Vol ٢. Harmondsworth, Penguin, ١٩٧٥.

Brown, G.L., Ballenger, J.C., MinicMD, et al.: Human Aggression and its Relationship to Cerebrospinal Fluid ٥-hydroxy-indoleacetic acid, ٣-methoxy-٤-hydroxy-phenyl-glycol, and homovanillic acid. In Sandler M (ed): Psychopharmacology of Aggression. New York, Raven Press, pp ١٣١-١٤٨, ١٩٧٩.

Campbell, M., Anderson, L.T., Green, W.H.: Behavior-disordered and aggressive children: new advance in pharmacotherapy. J Development Behav Pediatr ٤(٤): ٢٦٥-٧١, ١٩٨٣ Dec.

Chess, S.E., Thomas, A.: Origins and Evolution of Behavior Disorders. New York, Brunner & Mazel, ١٩٨٤.

Cicchetti, D.: How Research on Child Maltreatment Has Informed the Study of Child Development: Perspectives from developmental psychopathology. In Cicchetti D, Carlson V (eds): Child Maltreat-ment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect. Cambridge, Cambridge University Press, pp ٣٧٧-٤٣١, ١٩٨٧.

References

Dodge, K.A., & Coie, J.D.: Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. Journal of Personality and Social Psychology, ٥٣, ١٩٨٧.

Dodge, K.A., & Tomlin, A.: Cue utilization as a mechanism of attributional bias in aggressive children. Social Cognition, ٥, ٢٨٠-٣٠٠, ١٩٨٧.

Dodge, K.A., Pettit, G.S., McClaskey, C.L., & Brown, M.: Social competence in children. Monographs of the Society for Research in Child Development (Serial No. ٢١٣, Vol. ٥١, No.٢), ١٩٨٦.

Dodge, K.A.: A social information processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Ed.), Minnesota symposium in child psychology (pp. ٧٧-١٢٦). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, ١٩٨٦.

Dodge, K.A.: Social information processing variables in the development of aggression and altruism in children. In C. Zahn-Waxler, E.M. Cummings, & R. Ionnati (Eds.), The development of altruism and aggression: Social and biological origins (pp. ٢٨٠-٣٠٢). New York: Cambridge University Press, ١٩٨٦.

Ehrhardt, A.A., Epetein, R., Money, J.: Fetal Androgens and Female Gender Identity in the Early Treated Adrenogenital Syndrome. Johns Hopkins Med J ١٢٢:١٦٠-١٦٧, ١٩٦٨.

Eliott, F.A.: Violence: The Nrurologic Contribution: An overview. Arch Neurol ٤٩:٥٩٥-٦٠٣, ١٩٩٢.

Farrington, D.P.: The Family Backgounds of Aggressive Youths. In Hersov LA, Berger M, Shaffer D (eds): Aggression and Antisocial Behavior in Childhood and Adolescence. Oxford, Pergamon, pp ٧٣-٩٣, ١٩٧٨.

Feldman, E., & Dodge, K.A.: Social information processing and sociometric status: Sex, age, and situational effects. Journal of Abnormal Child Psychology, ١٥, ٢١١-٢٢٧, ١٩٨٨.

Galvin, M., Shekhar, A., Simon, J., et al.: Low Dopamine-Beta-Hydroxylase: A biological sequela of abuse and neglect? Psychiatry Responsible ٣٩:١٧٧٠-١٧٨١, ١٩٩١.

Gartland, H.J., Day H.D.: Parental Conflict and Male Adolescent Problem Behavior. Journal of Justice Psychology ١٥٣:٢٠١-٢٠٩, ١٩٩١.

Griffitt, W., Veitch, R.: Hot and Crowded: Influence of Population Density and Temperature on Interpersonal Affective Behavior: Ambient effective temperature and attraction. J Pers Soc Psychol ١٧:٩٢-٩٨, ١٩٧١.

Hamburg, D.A.: Psychological Studies of Aggressive Behaviour. Nature ٢٣٠:١٩-٢٣, ١٩٧١.

References

Hook, E.B.: Behavioral Implications of the Human XYY Genotype. Science ١٧٩:١٣٩-١٥٠, ١٩٧٣.

Jones, J.W., Bogat, G.A.: Air Pollution and Human Aggression. Psychol Repression ٤٣:٧٢١, ١٩٧٨.

Kagan, J., Moss, H.: From Birth to Maturity. New York, John Wiley, ١٩٦٢.

Kenneth Tardiff (ed.): Violence and the violent patient. In American Psychiatry Association Annual Review, Volume ٦. Robert E. Hales and Alan J. Frances (eds). Washington, DC: American Psychiatric Press (١٩٨٧).

Kevin Howells and Clive R. Hollin (eds.): Clinical Approaches to Violence. New York: John Wiley and Sons, ١٩٨٩.

Kivowitz, J.: The XYY syndrome in children: A review. Child Psychiatry. Hum. Dev., ٢:١٨٦-١٩٤, ١٩٧٢.

Kupersmidt, J., Coie, J.D., & Dodge, K.A.: Predicting disorder from peer social problems. In S.R. *Asher & J.D. Coie (Eds.)*: Peer rejection in childhood: Origins, consequences, and intervention. New York: Cambridge.

Lal, H., De Feo, J.J., Thut, P.: Effect of Amphetamine on Pain-Induced Aggression. Commun Behav Biol ١:٣٣٣, ١٩٦٨.

Lewis, D.O., Shanok, S.S., Pincus, J.H., et al.: Violent juvenile delinquents. J. Am. Acad. Child Psychiatry, ١٨:٣٠٧-٣١٩, ١٩٧٩.

Lindsay, J., Ounsted, C., and Richards, P.: Long-term outcome in children with temporal lobe seizures. III: Psychiatric aspects in childhood and adult life. Dev. Med. Child Neurol., ٢١:٦٣٠-٦٣٦, ١٩٧٩.

Maclean, P.: Brain Evolution Relating to Family, Play and the Separation Call. Arch Gen Psychiatry ٤٢:٤٠٥-٤١٧, ١٩٨٥.

Main, M., George, C.: Response of Abused and Disadvantaged Toddlers to Distress in Agitates: A study in the day care setting. Devel Psychol ٢١:٤٠٧-٤١٢, ١٩٨٥.

Maliphant, R., Hume, F., Furnham, A.: Autonomic Nervous System (ANS) Activity, Personality Characteristics and Disruptive Behavior in Girls. J Child Psychol Psychiatry ٣١:٦١٩-٦٢٨, ١٩٩٠.

Mattes, J.A., Rosenberg, J., Mays, D.: Carbamazepine versus propranodol in patients with uncon-trolled rage outbursts: a random assignment study. Psychopharmacol Bull, ٢٠(١): ٩٨-١٠٠, ١٩٨٤ Winter.

Mattes, J.A.: Psychopharmacology of temper outbursts. A review, J Nerv Ment Dis, ١٧٤(٨): ٤٦٤-٧٠, ١٩٨٦ Aug.

Menachem Krakowski, Jan Valavka, and David Brizer: Psychopathology and violence: a review of literature. Comprehensive Psychiatry, ٢٧:١٣١-١٤٨ (March/April ١٩٨٦).

References

Mueller, E., Silverman, N.: Peer Relations in Maltreated Children. In Cicchetti D, Carlson V (eds): Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect. New York, Cambridge University Press, pp ٥٢٩-٥٧٨, ١٩٨٩.

Palmour, R.M.: Genetic Models for the Study of Aggressive Behavior. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry ٧:٥١٣-٥١٧, ١٩٨٣.

Patterson, B.: Coercive Family Process. Eughil, Oregon, Castalia Pub Compulsions, ١٩٨٢.

Pettit, G.S., Dodge, K.A., & Brown, M.M.: Early family experience, social problem solving patterns, and children's social competence. Child Development, ٥٩, ١٩٨٨.

Pettit, G.S., McClaskey, C.L., Brown, M.M., & Dodge, K.A.: The generalizability of laboratory assessments of children's socially competent behavior in specific situations. Behavior Assessment, ٩, ٨١-٩٦, ١٩٨٧.

Pope, H.G., Katz, D.L.: Affective and Psychotic Symptoms Associated with Anabolic Steroid Use. Am J Psychiatry ١٤٥: ٤٨٧-٤٩٠, ١٩٨٨.

R.L. McNeely and Gloria Robinson-Simpson: The truth about domestic violence: a falsely framed issue. Social Work, ٣٢:٦:٤٨٥-٤٩٠ (November/December ١٩٨٧).

Reis, D.J.: Central Neurotransmitters in Aggression. In Frazier SF(eds): Aggression. New York, Raven, pp ١١٩-١٤٧, ١٩٧٤.

Rutter, M., Birch, H.G., Thomas, A., et al.: Temperamental Characteristics in Infancy and Later Development of Behavioral Disorders. Br J Psychiatry ١١٠:٦٥١-٦٦١, ١٩٦٤.

Sheard, M.H.: Clinical pharmacololgy of aggressive behavior. Clin Neuropharmacol, ٧(٣): ١٧٣-٨٣, ١٩٨٤.

Silver, L.B.: Developmental Learning Disorders. In Lewis M (ed): Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Baltimore, Williams & Wilkins, pp ٥٢٢-٥٢٨, ١٩٩١.

Spitz, R.A.: Anaclitic Depression. Psychoanal Study Child ٢:٣١٣-٣٤٢, ١٩٤٦.

W.A. Weiger and D.M. Bear: An approach to the neurology of aggression. Journal of Psychiatric Research, ٢٢:٨٥-٩٨, ١٩٨٨.

Youngerman, J.K., Canino, I.A.: Violent kids, violent parents: family pharmacotherapy. Am J Orthopsychiatry ٥٣(١): ١٥٢-٦, ١٩٨٣ Jan.

البدانة هي الوزن الزائد الذي تسببه زيادة خلايا الشحوم في الجسم، ومسببات الوزن الفائض عند الأطفال متنوعة.

هذه المسببات تظهر أدناه ***في الجدول رقم*** (١):

الجدول رقم (١) الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى البدانة عند الأطفال

١- ***عوامل وراثية*** : الأطفال ذوي الآباء البدينين هم اكثر عرضة لاكتساب البدانة.
٢- ***مؤثرات اجتماعية وحضارية:*** أطفال اليوم مثلاً اقل نشاطاً جسدياً من الجيل الماضي.
٣- ***عوامل بنيوية ونمائية:*** نمو خلايا الشحوم عند الطفل البدين يختلف عنه عند الطفل العادي.
٤- ***اضطراب العلاقة بين الطفل والأهل:*** الأب أو الأم التي تجد صعوبة في إحاطة الطفل بالعاطفة المطلوبة قد تعوّض عليه بالإفراط في إطعامه أو السماح له بالإفراط في الأكل.
٥- ***عوامل نفسية داخلية:*** الإفراط في الأكل وزيادة الوزن عند الطفل تشير إلى انزعاجه، فالطفل يأكل عندما يكون غاضباً أو وحيداً أو قلقاً أو حزيناً لأمر ما.
٦- ***المأكولات كمسكنات:*** قد يهدئ الطفل نفسه بالطعام ليسهل عليه تقبّل التفكك العائلي أو التنازعات العائلية.
٧- ***الخلل في عملية استقلاب تفكيك*** Metabolism ***الكاربوهيدرايت*** والانسولين عند الطفل البدين.
٨- ***الخلل في نظرة الطفل لجسمه*** **Disturbed Body Image**.

يعتقد بعض الأهل والمختصين إن الطريقة الأفضل لتخفيض الوزن عند الطفل البدين هي التقليل من الوحدات الحرارية في الغذاء. إن إرغام الطفل على الخضوع للحمية الغذائية يؤذي اكثر مما يفيد، وإخفاء الطعام أو حرمانه منه قد يجعله تعيسا. فالحمية بكل بساطة لن تفيد شيئاً وبعض أسباب ذلك مدرجة في ***الجدول رقم (٢):***

جدول رقم (٢) ***أسباب عدم جدوى الحمية الغذائية***

١-	***يشعر الطفل انه هو المخطئ في بدانته بسبب ضعف إرادته.***
٢-	***يشعر إن تبعة تخفيض وزنه وتحديده تقع عليه وحده.***
٣-	***تتأكد مخاوف الطفل انه يعاني خطباً ما وانه فشل لأنه أراد أن يأكل اكثر من المسموح به من أهله.***
٤-	***سيجد الطفل طريقة ليأكل الحلويات الممنوعة الغنية بالوحدات الحرارية إن في المدرسة أو في بيت صديقه.***
٥-	***قد يصبح الطفل اكثر انشغالاً بالطعام مما كان عليه سابقاً وربما يبدأ بإخفاء الطعام حتى داخل بيته.***

من المهم جداً للأهل إن يركزوا على التوجيه الصحيح في محاولة لحَل مشكلة البدانة عند الطفل. لان الطفل يجب أن يرضي أهله اكثر من أي شيء آخر. لذا يجب التركيز على الحالة الصحيحة ككل والتغذية الصحيحة لأفراد العائلة. فقد يختار الأهل نوعية الطعام والوقت المناسب للأكل. ومن المفيد عدم مراقبة الكمية والسماح للطفل أن يحدد ما إذا كان جائعا ويضع قوانين طعامه بنفسه.

ويحتاج الأهل إلى التركيز على الأساليب الغذائية الصحيّة، وسيتعلم الطفل العادات الغذائية الصحيحة من أهله ومن يكبرونه سناً إذا اجتمعت العائلة على مائدة الطعام.

ويجب على الأهل التفكير بالنمو العاطفي الصحي للطفل اكثر من التفكير بالوزن الفائض. لأنه إذا اصبح هذا الوزن هو الأمر الأكثر أهمية الذي يجب على الطفل التخلص منه فهو لن يشعر بالسعادة إلا إذا تخلص من بدانته، وتتعرقل كل أمور حياته حتى تحقيق ما يسعى إليه.

هكذا ينمو الطفل بخلل عاطفي إضافة إلى بدانته مع شعور بالنقص وضعف في تقدير الذات وصعوبة في إقامة العلاقات مع الغير. الأهم من فقدان الوزن هو أن ينمو الطفل إلى شخص راشد يحترم ويحب ذاته، فلا يجب أن تغطي البدانة على كل ميزاته. والطفل البدين ذو النمو العاطفي الصحي هو عادة طفل تربيه عائلة لا تصفه أو تعرّفه حسب وزنه.

وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن الأطفال الذين تلقوا العلاج ألاقل لبدانتهم، كانوا اكثر ميلاً لحل مشكلة البدانة بأنفسهم فيما بعد.

References

Charney, E., Chambee, H., McBride, M., et al.: The Childhood Antecedents of Adult Obesity: Do chubby infants become obese adults? N Engl J Med ٢٩٥:٦-٩, ١٩٧٦.

Collins, W.J.: Anorexia Nervosa. Lancet ١:٢٠٢-٢٠٣, ١٨٩٤.

Crawford, P.B., Keller, C.A., Hampton, M.C., et al.: An Obesity Index for Six Month Old Children. Am J Clin Nutr ٢٧:٧٠٦-٧١١, ١٩٧٤.

Eid, E.E.: Follow-Up Study of Physical Growth of Children Who had Excessive Weight Gain in the First Six Months of Life. Br Med J ٢:٧٢-٧٦, ١٩٧٠.

Garfinkel, P.E., Garner, D.M.: Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective. New York, Brunner/Mazel, ١٩٨٢.

Garn, S.M., Clark, D.C., Ad Hoc Committee to Review the Ten-State Nutrition Survey: Trends in Fatness and the Origins of Obesity. Pediatrics ٥٧:٤٤٣-٤٥٦, ١٩٧٦.

Goldblatt, P.B., Moore, M.E., Stunkard, A.J.: Social Factors in Obesity. JAMA ١٩٢:١٠٣٩-١٠٤٤, ١٩٦٥.

Hammer, S.L., and Campbell, M.M., et al.: An Interdisciplinary Study of Adolescent Obesity. J. Pediatr. ٨٠:٣٧٣-٣٨٣, ١٩٧٢.

Irwin, M.: Early Onset Anorexia Nervosa. South Med J ٧٧:٦١١-٦١٤, ١٩٨٤.

Jacobs, B.W., Isaacs, S.: Prepubertal Anorexia Nervosa: A retrospective controlled study. J Child Psychol psychiatry ٢٧:٢٣٧-٢٥٠, ١٩٨٦.

Kahn, E.J.: Obesity in Children. In:Kiell N(ed): The Psychology of Obesity: Dynamics and Treat-ment. Springfield, IL, Charles C Thomas, ١٩٧٣.

Knittle, J.: Obesity in Childhood: A Problem in Adipose Tissue Cellular Development. J. Pediatr. ٨١:١٠٤٨-١٠٥٩, ١٩٧٢.

Lask, B., Bryant-Waugh, R.: Early-Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. J Child Psychol Psychiatry ٣٣:٢٨١-٣٠٠, ١٩٩٢.

Maloney, M.J., Klykylo, W.M.: An Overview of Anorexia Nervosa, Bulimia and Obesity in Children and Adolescents. J Am Acad Child Psychiatry ٢٢:٩٩-١٠٧, ١٩٨٣.

Mayer, J.: Some Aspects of the Problem of Regulation of Food Intake and Obesity. N. Eng. J. Med. ٢٧٤:٦١٠-٦١٦, ٦٦٣-٦٧٣, ٧٢٢, ٧٣١, ١٩٦٦.

McLaren, D.S., Reed, W.E.: Classification of Nutritional Status in Early Childhood. Lancet ٢:١٤٦-١٤٨, ١٩٧٢.

Russell, G.F.M.: Premenarchal Anorexia Nervosa and its Sequelae. J Psychiatr Responsible ١٩:٣٦٣-٣٦٩, ١٩٨٥.

Shapiro, L.R., Crawford, P.B., Clark, M.J.: Obedity Prognosis: A Longitudinal Study of Children From Age Six Months to Nine Years. Am J Public health ٧٤:٩٦٨-٩٧٢, ١٩٨٤.

References

Shukla, A., Forsyth, A.A., Anderson, C.M., et al.: Infantile Overnutrition in the First Year of Life: A field study in Dudley, Worcestershire. Br Med J ٤:٥٠٧-٥١٥, ١٩٧٢.

Stunkard, A.J.: Obesity. In: kaplan HI, Sadock BJ, Freedman AM (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry (٧th ed.) Baltimore, Williams & Wilkins, pp ١٨٧٢-١٨٨١, ١٩٩٤.

Woolston, J.L., Forsyth, D.L.: Obesity of Infancy and Early Childhood: A diagnostic schema, In: *Lahey BB, Kazdin AE(eds)*: Advances in Clinical Child Psychology (Vol ١٢). New York, Plenum, pp ١٧٩-١٩٢, ١٩٨٩.

Woolston, J.L.: Eating and Growth Disorder in Infants and Children. In:Kazdin AE(ed): Develop-mental Clinical Pathology (Vol ٢٤). Newbury Park, CA, Sage Publication, ١٩٩١.

Woolston, J.L.: Eating Disorders in Infancy and Early Childhood. J Am Acad Child Psychiatry ٢٢:١١٤-١٢١, ١٩٨٣.

Woolston, J.L.: Obesity of Infancy and Early Childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٢٦:١٢٣-١٢٦, ١٩٨٧.

World Health Organization: International Classification of Diseases (١٠th ed). Criteria for Research (Draft). Geneva, World Health Organization, ١٩٩٠.

الفصل ٢١ أعراض التلّوع في مرحلة الطفولة

حسب ***جون بولبي*** **John Bowlby** هناك ثلاث مراحل من التلّوع:

١- الإلحاح لاستعادة الشخص المفقود.
٢- اختلال التنظيم.
٣- إعادة التنظيم.

وقد وصفت تراتبية ردّات الفعل بأنها تبدأ بالقلق ثم الغضب ثم الانتقال إلى الألم فاليأس، فالانفصال.

تعتبر هذه العملية عالمية وتتطور مع الوقت حتى تنتهي بتقبّل الخسارة والشفاء والانسجام مع الذات. وفي بعض الحالات يحدث إنكار مع ميل قوي للتصرف وكأنه لم تحصل أي خسارة على الإطلاق.

تتضمن المميزات الطبية للمرحلة الأولى من التلّوع، عدم التصديق، العويل والبكاء، الغضب، الارتباك المهيمن حول واقع الموت، الشعور بالذنب، القلق، الشعور بالوحدة، الذهول، والخوف من الجنون وفقدان السيطرة على الذات.

في المرحلة الثانية تسيطر خيبة الأمل ويتلاشى الأمل بعودة المفقود، ويأتي اليأس ثم يتبعه المرارة ثم الحقد والخلل السلوكي.

يبرز في المرحلة الثالثة أمل جديد ثم صراع من اجل أشياء جديدة في الحياة، ويركز الشخص طاقاته نحو أهداف جديدة.

ومن وجهة نظر نمائية يصف ***بولبي*** طبيعة الرابط بين ألام والطفل بأنه شعور بالأمان. وهذا الشعور بالأمان يتوقف على مدى وجود التحام الأم.

وتوصف الروابط بأنها إما قلق أو حماية، والأشخاص الذين يبقون ضمن دائرة الحماية ينمون على أسس تشكيل روابط مقنعة فيما بعد، بينما أظهرت دراسات حديثة أن الأشخاص الذين دخلوا دائرة القلق في علاقتهم يصبحون اكثر عرضة لإظهار ردات فعل عنيفة عند الخسارة.

وتشير نظرية ***مارغريت مولر*** **Margaret Mahler** حول نمو الطفل أن هذا النمو يتضمن تخلصاً تدريجيا من "التوحد" مع الأم. إن عملية الانفصال عن الأم وتأسيس الفردية هي عملية تستمر مدى الحياة وفيها الكثير من الألم والشعور بالخسارة بحيث أن كل خطوة نحو الاستقلالية تتضمن تهديداً بالخسارة وعلى الشخص أن يتعامل مع هذه العملية بالانسجام قدر الإمكان.

وتصف ***ميلاني كلاين*** **Melanie Klein** التلوع كمرحلة من اختلال التنظيم واعادة التنظيم المرحلي لعالمي الطفل الداخلي والخارجي. وتشير أيضاً إلى أن أسلوب الشخص في ردة فعله على الخسارة في مراحل النمو اللاحقة تعود إلى تجارب ردات فعل مشابهة في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة.

من المهم أن نتذكر أن ردة فعل الأطفال تختلف عن الكبار عند حدوث الموت في العائلة. فالطفل ما قبل سن الدراسة وعند بدء المدرسة يرى الموت مؤقتاً يمكن رده. أما الطفل بين سنّ السابعة والحادية عشر فيقترب تفكيره من الكبار حول الموت ولكنه ربما يعتقد انه لن يحدث أبداً في عائلته أو يصيب أي شخص يحبه. هنا يجب أن يدرك الأهل ردات الفعل الطبيعية حول الموت في مرحلة الطفولة إضافة إلى إشارات ***التّلوع المرضي*** **Pathologic Grief**.

إن تعامل الطفل مع موت في العائلة قد يتضمن شعوراً بأن الشخص الميت ما زال حيا. ثم أن هناك خوف من حضور مراسم الدفن مع القلق والغضب، الحزن، العنف تجاه من هم على قيد الحياة، كوابيس ليلية، سلس البول التبويل اللاإرادي، والتبرّز اللاإردي.

وبعض الأطفال قد يتراجعون نفسياً إلى مرحلة سابقة من النمو ويتصرفون كأنهماصغر سناً.

إن الأطفال يعتقدون انهم السبب فيما يحصل حولهم، وقد يعتقد الطفل بأن الشخص توفي لأنه تمنى له الموت مرة، ويحمل عقدة الذنب لان أمنيته تحققت.

يجب ملاحظة إشارات ***التلّوع المرضي*** عند الأطفال والأولاد والمراهقين مع مرور الوقت، فالأعراض الخطيرة تمتد لفترات طويلة وتتضمن القلق والإحباط، عدم الاهتمام باللعب، فقدان الشهية، تصرفات تدل على تراجع نفسي إلى مرحلة سابقة من النمو، رفض الذهاب إلى المدرسة والتراجع في العلامات والأداء المدرسي، وتقطع في فترات النوم المنتظمة. ويظهر لنا ***الجدول رقم*** (١) العوامل المؤثرة في تعامل الطفل مع موت أب أو أم أو أخ أو أخت، إضافة إلى التكيف الصحيح مع تجارب التلوع.

جدول رقم (١) ***عوامل مؤثرة في ردّة فعل طفل يتعامل مع موت احد أعضاء العائلة***

١ –***الطريقة التي عرف بها الطفل عن الموت*** .
٢– اتجاهات وآراء الأهل الأحياء حول الموت.
٣– إذا كان الموت فجائياً أو متوقعاً.
٤– إذا حضر الطفل مراسم الدفن أم لا؟
٥– درجة فقدان الحس والسيطرة في فترة ما بعد الدفن.

تتمة جدول رقم (١) عوامل مؤثرة في ردّة فعل طفل يتعامل مع موت أحد أعضاء العائلة

٦- ضرورة التعامل مع إحساس بالنضوج قبل الأوان.
٧- التعامل مع إحساس باللاواقعية حول الموت.
٨- تطوير استراتيجية للتعامل مع من هو حي من الأهل.
٩ - العاطفة المتوفرة من الأهل الأحياء ودرجة المساعدة والعناية بالطفل المليء بمشاعر الخسارة.
١٠- مستوى الواجبات والمتطلبات التي يطلبها من الطفل من هو حي من الأهل.

كما أشرنا سابقا ***التّلوع المرضي*** يعادل الاكتئاب الحاد. فإذا ظهرت وتطورت أعراض التلوع المرضي فهذا يعني أن الطفل يعاني مشكلة عميقة كنتيجة للموت ويحتاج إلى مساعدة طبية متخصصة.

References

Akiskal, H.S., Mckinney, W.T.: Overview of recent research in depression. Arch Gen Psychiatry ٣٢:٢٨٥-٣٠٥, ١٩٧٥.

Barry, M.J., Jr: The prolonged grief reaction. Mayo Clin Proc ٤٨:٣٢٩-٣٣٥, ١٩٧٣.

Bergen, L :.Death and Dying: Theory, Research, Practice. Dubuque, Iowa, William C. Brown, ١٩٧٩.

Berlinsky, E.B., Biller, H.B :.Parental Death and Psychological Development. Lexington, Massachusetts, DC Health, ١٩٨٢.

Birtchnell, J :.Early parent death and psychiatric diagnosis. Soc Psychiatry ٧:٢٠٢-٢١٠, ١٩٧٢.

Bloom, B.L., Asher, S.J., White, S.W :.Marital disruption as a stressor: A review and analysis. Psychol Bull ٨٥:٨٦٧-٨٩٤, ١٩٧٨.

Bluebond-Langner, M :.Meanings of death to children. In Feifel, H.(ed): New Meanings of Death. New York, McGraw-Hill, ٤٧-٦٦, ١٩٧٧.

Bowlby, J :.Attachment and Loss. Vol. ٢. Separation, Basic Books, New York, ١٩٧٣.

Bowlby, J.: Attachment and Loss: Loss Sadness and Depression. Ed ٣. New York, Basic Books, Inc., pp ٢٣-٢٧, ١٩٨٠.

Bowlby, J :.Grief and mourning in infancy and early childhood. Psychoanal Stud Child ١٥:٩-٥٢, ١٩٦٠.

Bowlby, J :.Separation anxiety: A critical review of the literature. J Child Psychol Psychiatry ١:٢٥١-٢٦٩, ١٩٦١.

Bowlby, J :.The making and breaking of affectional bonds. I: Aetiology and psychopathology in light of attachment theory. Br J Psychiatry ١٣٠:٢٠١-٢١٠, ١٩٧٧.

Bowlby, J :.The making and breaking of affectional bonds. II: Some principles of psychotherapy. Br J Psychiatry ١٣٠:٤٢١-٤٣١, ١٩٧٧.

Briscoe, C.W., Smith, J.B., Robins, E., et al: Divorce and psychiatric disease. Arch Gen Psychiatry ٢٩:١١٩-١٢٥, ١٩٧٣.

Brown, G.W., et al: Long term effect of early loss of parent. In Rutter M, Ingard C, Read P (ed): Depression in Childhood. Developmental Perspectives. New York, Guilford Press, ١٩٨٢.

Dohrenwend, B.S ,.Dohrenwend, B.P :.Life stress and illness: Formulation of the issues. In *Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P. (eds* :(Stressful Life Events and Their Contexts. New York, Prodist, pp ١-٢٧, ١٩٨١.

References

Elizur, E., Kaffman, M :.Factors influencing the severity of childhood bereavement reactions. Am J Orthopsychiatry ٥٣:٦٦٨-٦٧٦, ١٩٨٣.

Engel, G.L :.Is grief a disease? Psychosom Med ٢٣:١٨-٢٢, ١٩٦١.

Frankl, V :.The feeling of meaninglessness: A challenge to psychotherapy. Am J Psychoanal ٣٢:٨٥-٨٩, ١٩٧٢.

Freud, S :.Mourning and Melancholia (١٩١٧). In Jones E (ed): Sigmund Freud. Collected Papers. New York, Basic Books.١٩٥٩ ,

Freud, S :.Mourning and Melancholia. Standard Edition: Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol ١٤. London, Hogarth Press, p ١٥٢, ١٩٥٧.

Furman, E :.A Child's Parent Dies: Studies in Childhood Bereavement. New Haven, Yale University Press, ١٩٧٤.

Goode, W.J.: After Divorce. Glencoe, Illinois, Free Press, ١٩٥٦.

Helsing, K.J., Szklo, M :.Mortality after bereavement. Am J Epidemiol ١١٤:٤١-٥٢, ١٩٨١.

Jacobson, G.F :.The Multiple Crises of Marital Separation and Divorce. New York, Grune and Stratton, ١٩٨٣.

Kastenbaum, R :.Death and development through the life cycle. In Feifel H (ed): New Meanings of Death. New York, McGraw Hill, ١٩٧٧.

Kitson, G.C., Holmes, W.M :.Portrait of Divorce. New York, Guilford Press, in press, ١٩٨٨.

Lifton, R.J :.The Broken Connection. New York, Simon and Schuster, ١٩٧٩.

Lindemann, E :.Symptomatology and management of acute grief. Am J Psychiatry ١٠١:١٤١-١٤٨, ١٩٤٤.

Lindemann, E: Symptomatology and management of acute grief. Am J Psychiatry ١٠١:١٤١-١٤٨, ١٩٤٤.

Lundin, T :.Morbidity following sudden and unexpected bereavement. Br J Psychiatry ١٤٤:٨٤-٨٨, ٩٨٤.

Mahler, M.S :.On the first three subphases of the separation-individuation process. Int j. Psychoanal ٥٣:٣٣٣-٣٣٨, ١٩٧٢.

Marris, P :.Loss and change. New York, Pantheon Books, ١٩٧٤.

Nagy, M :.The child's view of death. In Feifel H (ed): The Meaning of Death. New York, McGraw-Hill, ١٩٦٥.

Osterweis, M., Solomon, F., Green, M :.Bereavement: Reactions, Consequences and Care. Washington, DC, National Academy Press, ١٩٨٤.

References

Parkes, C.M., Weiss, R :.Recovery from Bereavement. New York, Basic Books, ١٩٨٣.

Parkes ,C.M., Weiss, R.S :.Recovery from Bereavement. New York, Basic Books, ١٩٨٣.

Pavlov, I.P :.Lectures on Conditioned Reflexes. New York, International Publishers, ١٩٢٨.

Pollock, G.H :.Childhood sibling loss: A family tragedy. Psychiatr Ann ١٦:٣٠٩, ٣١٢-٣١٤, ١٩٨٦.

Pollock, G.H :.On time and anniversaries. In Kanzer M (ed); the Unconscious Today. News York, International Universities Press, pp ٢٣٣-٢٥٧, ١٩٧١.

Pollock, G.H :.On time, death and immortality. Psychoanal Q ٤٠:٤٣٥-٤٤٦, ١٩٧١.

Rutter, M :.Maternal Deprivation Reassessed. Middlesex, England, Penguin Books, ١٩٨١.

Segal, J :.Winning Life's Toughest Battles: Roots of Human Resilience. New York, McGraw-Hill Book Compulsions, ١٩٨٦.

Seligman, M.E :.Helplessness: On Depression, Development, and Death. San Francisco, WH Freeman and Co, ١٩٧٥.

Sigins, L.D :.Mourning: A critical survey of the literature. Int J Psychoanal ٤٧:١٤-٢٥, ١٩٦٦.

Simos, B.G :.A Time to Grieve: Loss as a Universal Human Experience. New York, Family Service Association of America, ١٩٧٩.

Spitz, R.A :.Anaclitic depression. Psychoanal Stud Child ٢:٣١٣-٣٤٢, ١٩٤٦.

Vachon, M.L.S., Sheldon, A.R., Lance, W.J., et al: Correlates of enduring distress patterns following bereavement: Social network, life situation and personality. Psychol Med ١٢:٧٨٣-٧٨٨, ١٩٨٢.

Vaillant, G.E :.Loss as a metaphor for attachment. Am J Psychoanal ٤٥:٥٩-٦٧, ١٩٨٥.

VanErdewegh, M., et al: The bereaved child. Br J Psychiatry ١٤٠:٢٣-٢٩, ١٩٨٢.

Waller, W :.The Old Love and the New: Divorce and Readjustment. New York, Horace and Liveright; reprinted Carbondale, Illinois, University of Southern Illinois Press, ١٩٣٠/١٩٦٧.

Yalom, I.D :.Existential psychotherapy. New York, Basic Books, pp ٤٦١-٤٨٣, ١٩٨٠.

Zisook, S., Depression Vaul, R.A :.Grief, unresolved grief, and depression. J Acad Psychosom Med ٢٤(٣): ٢٤٧-٢٥٦, ١٩٨٣.

Zung, W.W.K :.A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry ١٢:٦٣-٧٠, ١٩٦٥.

هناك إثباتات أن معدل الانتحار بين المراهقين الذكور قد تضاعف ثلاث مرات في الدول المتقدمة خلال ٣٠ سنة الأخيرة. إن تعبير "انتحار" يعني القيام بتصرف يقود إلى موت الفرد، وتعبير "محاولة انتحار" يعني النية لاقتراف فعل يؤذي الشخص دون أن يؤدي إلى موته، أما الإيحاء بالانتحار" فيستخدمه أولئك الذين يقومون بما يستلزمه الانتحار دون أن ينووا الموت فعلاً. ومن الصعب جداً أن نقدّر الدوافع التي تسبق فعل الانتحار. ولكن تم استخلاص العوامل الخطرة التي قد تقود للانتحار بين المراهقين. يتوجب على الأهل والمعلمين واختصاصي الصحة أن يدركوها كما هي مدرجة في ***الجدول رقم (١)***

الجدول رقم (١) العوامل الخطرة للانتحار بين المراهقين

١-سوابق في نية أو محاولة الانتحار.
٢-وجود مراهق اكبر سناً من الذكور.
٣-مشاكل عائلية طويلة الأمد كالنزاعات والصراعات بين الأهل أو حدوث الطلاق.
٤- سوابق في إدمان الكحول أو الأمراض النفسية في العائلة- سوابق انتحار في العائلة.
٥-سوابق أمراض نفسية كالإحباط واضطراب السلوك واضطراب نقص الانتباه وازدياد الحركة. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder**، الإعاقات التعليمية والاضطراب النرجسي عشق الذات **Narcissistic Disorder**.
٦-العيش بعيداً عن العائلة

وقد تم تسجيل بعض التصرفات عند الذين حاولوا الانتحار قبل التنفيذ نلخصها في ***الجدول رقم (٢)***

الجدول رقم (٢) نموذج تصرفات المراهقين الذين يحاولون الانتحار قبل المحاولة

١- تصرفات مضادة للمجتمع تتميز بالعراك والغضب والانفجارات العصبية.
٢ ***-تغير مفاجئ في الاتجاهات أو المواقف مثل التخلي عن ممتلكات في غاية الأهمية.***
٣- إصابة جسدية أو أي مرض عضوي يسبب الضيق.
٤- التراجع المستمر في الأداء المدرسي.
٥- الاتجاه السلبي نحو التدخين والكحول واستخدام المخدرات.
٦- خسارة حديثة حادة مثل خسارة صديق حميم.
٧- مشكلة أو نزاع حديث مع احد الأهل أو المعلمين.
٨- الانتقال إلى مدرسة جديدة.
٩- زيارات حديثة إلى الأطباء بسبب أعراض أمراض جسدية.

الانتحار قبل سن المراهقة اقل منه عند المراهقين ولكنه موجود، وحسب إحـــدى الدراسات أن ٣٣ بالمائة من ملفات أطفال ما قبل سن المراهقة تضمنت أعــراض انتحار، ولكنه من الصعب أن نفصل بين طفل انتحاري وحادث عابر لان الأمرين غالبا ما يختلطان معاً.

لقد تمّ تشخيص حالات اكتئاب عند ٣٠ إلى ٧٠ بالمائة من المراهقين الذين يرتكبون الانتحار، ويعلم العديد من الأطباء أن بعض المراهقين يخفون إحباطاً عميقاً تحت قناع مبتسم، فعند مراهق يعاني من الاكتئاب الشديد والمزاجية المحبطة، فان التحسن السريع في حالته ومزاجيته يزيد من خطورة إمكانية الانتحار.

كما انه من الضروري أن نلاحظ أن عدداً لا يستهان به مـــن المراهقيـــن الذيـــن يرتكبون الانتحار لا يعاني أي اضطراب عقلي أو عاطفي. والدافع للانتحار عنـــد هؤلاء قد يكون الشعور المتزايد بالغضب مع رغبة بالانتقام، ألم نفسي شديد مـــع رغبة بالخلاص، أو اليأس بسبب خسارة شخص مميز.

إن الخطوة الأولى في عملية تقييم ومعرفة دوافع المنتحريـــن هـــي تحديـــد كـــل الأحداث التي تسبق العملية بـــ ٤٨ ساعة. وغالباً عندمـــا لا توجـــد ضغوطـــات اجتماعية - نفسية أو غيرها من الأسباب الواضحة الدافعة إلى هذا الفعل المدمـــر، يحتمل أن يكون الانتحار نتيجة مرض نفسي خطير.

الخطوة الثانية هي تحديد الخطورة وفقدان الأمل، ويوضح لنـــا ***الجدول رقم*** (٣) النقاط الهامة في هذا الموضوع

جدول رقم (٣) درجة الخطورة وفقدان الأمل عند المنتحرين

١- إمكانية حدوث عملية إنقاذ.
٢ **- الاحتياطات المتخذة لتجنب الانكشاف.**
٣- ترك رسالة انتحار.
٤- **سوابق انتحار في العائلة .**
٥- تصرفات تشير إلى تفضيل الشخص للموت، كأن يتخلى مثلاً عن أغلى ما يملك.
٦- اطلاع الآخرين على نية الانتحار قبل حدوثه.
٧- خطط الانتحار الشاملة والمعقدة.

العلاج- يجب على الطبيب المختص أن يؤكد خطورة المرض النفسي الذي كان المراهق يعاني منه وان يشدّد على دور الضغوطات العاطفية والنفسية والاجتماعية السابقة لمحاولة عملية الانتحار. ويجب تكوين ارتباط مع المراهق للعمل على مشاكل محددة في فترة محددة من الوقت.

هناك نماذج علاجية متعددة تم استخدامها لمعالجة المراهقين الانتحاريين، وسوف نذكر هنا بعض التوصيات الرئيسية بصورة مختصرة.

إن الاختصاصي ذات التجارب في معالجة مراهقين انتحاريين يركز بين أشياء أخرى على مشاعر الغضب والغربة بين المراهق وعائلته، وهنا يجب أن يتم البحث عن الأسباب التي منعت تفعيل أساليب التكيف والتأقلم التلقائي بين المراهق والمجتمع والعائلة.

ويمكن السعي لتفهم مدركات المراهق الداخلية وصراعاته وطاقاته وحزنه وأعراضه النفسية، وقد تساهم المصادر الخارجية المتوفرة مثل العائلة وأعضاء الهيئة التعليمية في تطوير آلية استراتيجية لمنع الفعل. يحتاج المراهق للمساعدة في تطوير توافق بين مدركاته الداخلية والواقع الخارجي، وإفهامه أن هناك عدة حلول ممكنة لمشاكله.

ويحتاج المراهق إلى البوح بمشاعره وأفكاره لشخص يثق به، ويمكن أن يتعلم كيف يتحمل التقلبات المزاجية، ويمكن أن يكتب يومياته التي تتضمن تصوراته وشعوره. كما يجب أن يتجنب الوحدة والعزلة ويمارس الرياضة أو أي شيء آخر يسعده، ويمكن مساعدة المراهق كي لا يكون متشدداً بانتقاده لذاته وتذكيره بميزاته الجيدة عندما يكون محبطاً.

إن التواصل ورفع المعنويات والتدريب على إثبات الوجود تساعد المراهق في الاندماج بالمجتمع والشعور بالمكافأة نتيجة تجارب اجتماعية مفيدة. إن الحلول الجيدة للمشاكل تقويه وترفع ثقته بنفسه مع مرور الزمن.

من الناحية العائلية يجب مراقبة تصرفات العائلة، ويجب على الأهل أن يفهموا أن القوانين السلطوية الصارمة لن تفيد لأنها تترسب داخل المراهق ليثور اكثر فيما بعد.

يجب على الأهل إظهار الحب والتقبل للمراهق، والتحدث معه عن مشاكله وصعوباته واقتراح المساعدة عليه.
إن أي تهديد بقتل النفس من طفل أو مراهق يجب أن يؤخذ بجدية مع طلب المساعدة من المختصين. إن أي خلل أو صراع عائلي، إذا وجد، يجب الإفصاح عنه ومعالجته بتطوير المهارات الكلامية والتشديد على الحلول المناسبة.

وإذا تمّ تشخيص مرض نفسي عند المراهق يجب اللجوء إلى الأدوية إذا لم ينفع كل ما ذكرناه سابقاً.

References

Alvarez, A.: The Savage God, Bantam Books, New York, ١٩٧٣.

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (٤th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, ١٩٩٤.

Applebaum, S.A.: The problem-solving aspect of suicide. Journal of Projective Technology, ٢٧, ٢٥٩, ١٩٦٣.

Asche, S.S.: Suicide and the Hidden Executioner, International Review of Psycoanalysis, ٧:٥١-٦١, ١٩٨٠.

Bagley, C., & Greer, S.: Clinical and social predictors of repeated attempted suicide: A multi-variate analysis. British Journal of Psychiatry, ١١٩, ٥١٥-٥٢١, ١٩٧١.

Barraclough, B.M., & Pallis, D.J.: Depression followed by suicide: A comparison of depressed suicide attempters with living depressives. Psychological Medicine, ٥, ٥٥-٦١, ١٩٧٥.

Basescu, S.: The threat of suicide in psychotherapy. American Journal of Psychotherapy, ١٩,٩٩, ١٩٦٥.

Beck, A.T., & Lester, D.: Components of suicidal intent in completed and attempted suicides. The Journal of Psychology, ٩٢, ٣٥-٣٨, ١٩٧٦.

Beck, A.T., Kovacs, M., & Weisman, A.: Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, ٤٧, ٣٤٣-٣٥٢, ١٩٧٩.

Beck, A.T., Kovacs, M., & Weisman, A.: Hopelessness and suicidal behavior. Journal of the American Medical Association, ٢٣٤, ١١٤٦-١١٤٩, ١٩٧٥.

Beck, A.T., Schuyler, D., & Herman, I.: Development of suicidal intent scales. In A.T. Beck, H.L.P. Resnik, and D.J. Lettieri (Eds.), The prediction of suicide, Bowie, Md.: Charles Press, ١٩٧٤.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J.: An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, ٤, ٥٦١-٥٧١, ١٩٦١.

Beck, A.T.: Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. Archives of General Psychiatry, ٩, ٣٢٤-٣٣٣, ١٩٦٣.

Bedrosian, R.C. and Beck, A.T.: Cognitive aspects of suicidal behavior. Suicide and life threatening behavior, ٩, ٨٧-٩٦, ١٩٧٩.

Berlin, I.N.: Crisis Intervention and Short-Term Therapy: An approach in a child psychiatric clinic. J Am Acad Child Psychiatry ٩:٥٩٥-٦٠٦, ١٩٧٠.

Birtchnell, J.: The relationship between attempted suicide, depression and parent death. British Journal of Psychiatry. ٩, ٨٧-٩٦, ١٩٧٩.

References

Bostock, T., & Williams, C.L.: Attempted suicide as an operant behavior. Archives of General Psychiatry, ٣١, ٤٨٢-٤٨٦, ١٩٧٤.

Brandt, R.B.: The mortality and rationality of suicide. In S. Perlin (Ed.), A handbook for the study of suicide, New York: Oxford University Press, ١٩٧٥.

Breed, W.: Suicide, migration, and race: A study of cases in New Orleans. Journal of Social Issues, ٢٢, ٣٠-٤٥, ١٩٦٦.

Butcher, J.N., & Maudal, G.R.: Crisis intervention. In I.B. Weiner (Ed.), Clinical methods of psychology, New York: Wiley, ١٩٧٦.

Cain, A.C. (ed.): Survivors of Suicide, Charles C. Thomas, Springfield, ١٩٧٢.

Cantor, P.C.: Personality characteristics found among youthful female suicide attempters. Journal of Abnormal Psychology, ٨٥, ٣٢٤-٣٢٩, ١٩٧٦.

Carlson, G.A., Asarnow, J.R., Orbach, I.: Developmental Aspects of Suicidal Behavior in Children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٢٦:١٨٦-١٩٢, ١٩٨٧.

Carlson, G.A.: Depression and Suicidal Behavior in Children and Adolescents. In Cantwell DP, Carlson GA (eds): Affective Disorders in Childhood and Adolescence: An Update. New York, Spectrum, pp ٣٣٥-٣٥٢, ١٩٨٣.

Cochrane, R., & Robertson, A.: Stress in the lives of parasuicides. Social Psychiatry, ١٠, ١٦١-١٧١, ١٩٧٥.

Cohen, Michael, L., et al.: Teenage Suicide, Pediatrics, ٦٠:١٤٤-١٤٦, ١٩٨٠.

Crumley, F.E.: Adolescent Suicide Attempts, JAMA ٢٤١:٢٤٠٤-٢٤٠٧, ١٩٧٩.

Despres, T.: The survivor. New York: Oxford University Press, ١٩٧٦.

Diggory, J.C.: Suicide and value. In H.L. Resnick (Ed.), Suicidal behaviors, Boston: Little, Brown, ١٩٦٨.

Dorpat, T.L., & Boswell, J.W.: An evaluation of suintent in suicide attempts. Comprehensive Psychiatry, ٤, ١١٧-١٢٥, ١٩٦٣.

Dorpat, T.L., Anderson, W.F., Ripley, H.S.: The Relationship of Physical Illness to Suicide in Suicidal Behaviors Diagnosis and Management, ed. Resnik, H.L.P., Little Brown and Co., Boston, ٢٠٩-٢١٩, ١٩٦٨.

Douglas, J.D.: The social meaning of suicide. Princeton, N.J.: Princeton University Press, ١٩٦٧.

Dublin, L.I.: Suicide: A Sociological and Statistical Study, Ronald Press Co., New York, ١٩٦٣.

Eisenberg, L.: Adolescent suicide: on taking arms against a sea of troubles. Pediatrics. ٣١٥-٣٢٠, ١٩٨٠.

Ettlinger, R.W.: Evaluation of suicide prevention after attempted suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica [Suppl. ٢٦٠], ١٩٧٥.

References

Farberow, N., McKelligott, J., Cohn, S., & Darbonne, A.: Suicide among cardiovascular patients. In E.S. Shneidman, N.L. Farberow, & R.E. Litman (Eds.), The psychology of suicide, New York: Science House, ١٩٧٠.

Farberow, N.L., & Mackinnon, D.: Prediction of suicide in neuropsychiatric hospital patients. In C. Neuringer (Ed.), Psychological assessment of suicidal risk, Springfield, I١١.: Thomas, ١٩٧٤.

Farberow, N.L., & McEvoy, J.L.: Suicide among patients with diagnoses of anxiety reaction or depressive reaction in general medical and surgical hospitals. Journal of Abnomal Psychology, ٧١, ٢٨٧-٢٩٩, ١٩٦٦.

Farberow, N.L., & Shneidman, E.S. (Eds.): The cry for help. New York: McGraw-Hill, ١٩٦١.

Farherow, N.L. (Ed.): The Many Faces of Suicide, McGraw-Hill, New York, ١٩٨٠.

Fox, K., & Weissman, M.: Suicide attempts and drugs: Contradiction between method and intent. Social Psychiatry, ١٠, ٣١-٣٨, ١٩٧٥.

Frankl, V.E.: From death-camp to existentialism. Boston: Beacon, ١٩٥٩.

Freud, S.: Mourning and Melancholia. In Complete psychological Works. Standard Ed. Vol ١٤. London, Hogarth Press, ١٩٥٥.

Furst, S.S., & Ostow, M.: The psychodynamics of suicide. In L.G. Hankoff & B. Einsidler (Eds.), Suicide: Theory and clinical aspects, Littleton, Mass.: P.S.G. Publishing, ١٩٧٩.

Garfinkel, B.D., Forese, A., Hood, J.: Suicide Attempts in Children and Adolescents. Am J Psychiatry ١٣٩:١٢٥٧-١٢٦١, ١٩٨٢.

Garfinkel, B.D., Golombek, H.: Suicidal Behavioral in Adolescence. In Golombek H, Garfinkel BD (eds): The Adolescent and Mood Disturbance. New York, International Universities Press, pp ١٨٩-٢١٧, ١٩٨٣.

Green, A.H.: Self-Destructive Behavior in Battered Children. Am J Psychother ١٣٥:٥٧٩-٥٨٢, ١٩٧٨.

Greer, S., & Bagley, C.: Effect of psychiatric intervention in attempted suicide: A controlled stydy. British Medical Journal, ١, ٣١٠-٣١٢, ١٩٧١.

Grollman, E.A.: Suicide prevention, intervention, postvention. Boston: Beacon Press, ١٩٧١.

Guze, S.B., & Robins, E.: Suicide and primary affective disorders. British Journal of Psychiatry, ١١٧, ٤٣٧-٤٨٣, ١٩٧٠.

Hankoff, L.D., & Einsidler, B. (Eds.): Suicide: Theory and clinical aspects. Littleton, Mass: P.S.G. Publishing, ١٩٧٩.

Hendrin, H.: Growing up dead: Student suicide. American Journal of Psychotherapy, ٢٤ (١), ٣٢٧-٣٣٨, ١٩٧٠.

References

Hodgson, R., & Rachman, S.I.: Synchrony and dyssynchrony in fear and avoidance. Behavior Research and Therapy, ١٢, ٣١١-٣١٨, ١٩٧٤.

Hollinger, P.: Adolescent suicide: Recent trends. American Journal of Psychiatry, ١٣, ٧٥٤-٧٥٦, ١٩٧٨.

Humphrey, J.A.: Social loss: A comparison of suicide victims, homocide offenders and non-violent individuals. Diseases of the Nervous System, ٣٨, ١٥٧-١٦٠, ١٩٧٧.

Jacobson, N.S.: Increasing positive behavior in severely distressed marital relationships: The effects of problem-solving training. Behavior Therapy, ١٠, ٣١١-٣٢٦, ١٩٧٩.

Jeger, A.M.: Behavior theories and their application. In L.D. Hankoff & B. Einsidler (Eds.), Suicide: Theory and clinical aspects. Littleton, Mass.: P.S.G. Publishing, ١٩٧٩.

Kanfer, F.: Self-management methods. In F. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), Helping people change (٢nd ed.), ٣٣٤-٣٨٩. New York: Pergamon, ١٩٨٠.

Kaplan, H.B., & Pokorny, A.D.: Self-attitudes and suicidal behavior. Suicide and Llife-Threatening behavior, ٦, ٢٣-٣٥, ١٩٧٦.

Kiev, A.: Prognostic factors in attempted suicide. American Journal of Psychiatry, ١٣١, ٩٨٧-٩٩٠, ١٩٧٤.

Kiev, A.: Psychotherapeutic strategies in the management of depressed and suicidal patients. American Journal of Psychotherapy, ٢٩, ٣٤٥-٣٥٤, ١٩٧٥.

Klerman, G.L.: Suicide and Depression Among Adolescents and Young Adults. Washington, American Psychiatric Press, ١٩٨٦.

Kovacs M., Beck, A.T., & Weissman, A.: The use of suicidal motives in the psychotherapy of attempted suicides. American Journal of psychotherapy, ٢٩, ٣٦٣-٣٦٨, ١٩٧٥.

Kubler-Ross, E.: On death and dying. New York: Macmillan, ١٩٦٩.

Ledwidge, B.: Cognitive behavior modification: A step in the wrong direction? Psychological Bulletin, ٨٥, ٣٥٣-٣٧٥, ١٩٧٨.

Lesse, S.: The range of therapies in the treatment of severely depressed suicidal patients. American Journal of Psychotherapy, ٢٩, ٣٠٨-٣٢٦, ١٩٧٥.

Lester, D.: Attempts to predict suicidal risk using psychological tests. Psychological bulletin, ٧٤, ١, ١٩٧٠.

Lester, D.: Suicide as an aggressive act: A replication with a control for neuroticism. Journal of General Psychology, ٧٩, ٨٣-٨٦, ١٩٦٨.

Levenson, M., & Neuringer, C.: Problem-solving behavior in suicidal adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, ٣٧, ٤٣٣-٤٣٦, ١٩٧١.

References

Levi, D., Fales, C., Stein, M., & Sharp, V.: Separation and attempted suicide. Archives of General Psychiatry, ١٥, ١٥٨-١٦٤, ١٩٦٦.

Linden, L.L., & Hale, B.E.: Choice of suicidal methods: Availability of lethality. In R. Litman (Ed.), Proceedings of the ١٦th International conference for suicide prevention, Ann Arbor: Edwards Brothers, ١٩٧٢.

Linehan, M.M.: Behavioral interviews. In J.D. Cone & R.P. Hawkins (Eds.), Behavioral assessment: New directions in clinical pychology, New York: Brunner/Mazel, ١٩٧٧.

Linehan, M.M.: Structured cognitive-behavioral treatment of assertion problems. In P.C. Kendall & S.P. Hollon (Eds.), Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures, New York: Academic, ١٩٧٩.

Linehan, M.M.: Suicide and attempted suicide: A study of perceived sex differences. Perceptual and Motor Skills, ٣٧, ٣١-٣٤, ١٩٧٣.

Maltsberger, J.T., Buie, D.H.: Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients, Arch Gen Psychiat ٣٠, ٦٢٥-٦٣٣, ١٩٧٤.

Menninger, K.: Man against himself. New York: Harcourt, Brace, ١٩٣٨.

Menninger, M.A.: Man Against Himself. New York, Harcourt, Brace, ١٩٣٨.

Menninger, M.A.: Psychoanalytical Aspects of Suicide. Int J Psychoanal ١٤:٣٧٦-٣٩٠, ١٩٣٣.

Miller, I.W., & Norman, W.H.: Learned helplessness in humans: A review and attribution theory model. Psychological Bulletin, ٨٦, ٩٣-١١٨, ١٩٧٩.

Miller, W., & Seligman, M.: Learned helplessness, depression and reinforcement. Behavior Research and Thearapy, ١٤, ٧-١٧, ١٩٧٦.

Murphy, G.: Clinical Identification of Suicidal Risk. Arch Gen. Psycyhiatry ٢٧:٣٥٦-٣٥٩, ١٩٧٢.

Murphy, G.E.: The clinical identification of suicidal risk. In A.T. Beck, L.P. Resnik, & D.J. Lettieri (Eds.), The prediction of suicide, Bowie, Md.: Charles Press, ١٩٧٤.

Nelson, V.L., Nielsen, E.C., & Checketts, K.T.: Interpersonal attitudes of suicidal individuals. Psychological Reports, ٤٠, ٩٨٣-٩٨٩, ١٩٧٧.

Neuringer, C.: Psychological assessment of suicide risk. Springfield, III.: Thomas, ١٩٧٤. (a)

Neuringer, C.: Reactions to interpersonal crises in suicidal individuals. Journal of General Psychology, ٧١, ٤٧-٥٥, ١٩٦٤. (a)

Neuringer, C.: Rigid thinking in suicidal individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology, ٢٨, ٥٤-٥٨, ١٩٦٤. (b)

Patsiokas, A., Clum, G., & Luscomb, R.: Cognitive characteristics of suicide attempters. Journal of Consulting and Clinical Psychology, ٤٧, ٤٧٨-٤٨٤, ١٩٧٩.

References

Paykel, E.S., & Dienelt, M.N.: Suicide attempts following acute depression. Journal of Nervous and Mental Disease, ١٥٣, ٢٣٤-٢٤٣, ١٩٧١.

Paykel, E.S., Hallowell, C., Dressier, D.M., Shapiro, D.L., & Weissman, M.M.: Treatment of suicide attempters. Archives of General Psychiatry, ٤٨٧-٤٩١, ١٩٧٤, ٣١.

Paykel, E.S.: Life stress. In L.D. Hankoff & B. Einsidler (Eds.): Suicide: Theory and clinical aspects, Littleton, Mass.: P.S.G. Publishing, ١٩٧٩.

Petzel, SV, Riddle, M.: Adolescent suicide: psychological and cognitive aspects. IN: AdolescePsychiatry, SC Feinstein, JC Looney, AZ Schwartzberg, AD Sorosky (Eds). Chicago: University of Chicago Press, ١٩٨١.

Pfeffer, C., Conte, H.R., Plutchik, et al.: Suicidal Behavior in Latency Age Children. J Am Acad Child Psychiatry ١٨:٦٧٩-٦٩٢, ١٩٧٩.

Pfeffer, C.: Suicidal Behavior fo Children: A Review With Implications for Research and Practice. Am. J. Psychiatry, ١٣٨: ٢, February, ١٩٨١.

Pfeffer, C.R., Conte, H.R., Plutchik, R. et al: Suicidal Behavior in Latency Aged Children: An Outpatient Population. J. Am. Acad. Child Psychiatry, ١٩:٧٠٣-٧١٠, ١٩٨٠.

Pfeffer, C.R., Newcorn, J., Kaplan, G., et al.: Suicidal behavior in Adolescent Psychiatric Impatients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٢٧:٣٥٧-٣٦١, ١٩٨٨.

Pfeffer, C.R., Plutchik, R., Mizruchi, M.S.: Suicidal and Assaultive Behavior in Children: Classifi-cation, measurement, and interrelations. Am J Psychiatry ١٤٠:١٥٤-١٥٧, ١٩٨٣.

Pfeffer, C.R., Zuckerman, S., Plutchik, R., et al.: Suicidal Behavior in Normal School Children: A comparison with child psychiatric impatients. J Am Acad Child Psychiatry ٢٣:٤١٦-٤٢٣, ١٩٨٤.

Pfeffer, C.R.: Modalities of treatment for suicidal children: An overview of the literature on current practice. American Journal of Psychotherapy, ٣٨(٣), ١٩٨٤.

Pfeffer, C.R.: Suicidal Behavior of Children: A review with implications for research and practice. Am J Psychiatry ١٣٨:١٥٤-١٥٩, ١٩٨١.

Pfeffer, C.R.: The Suicidal Child. New York, Guilford Press, ١٩٨٦.

Pfeffer, C.R.: The Suicidal Child. New York. Guilford Press, ١٩٨٦.

Pfeffer, C.R.:The Family System of Suicidal Children. Am J Psychother ٣٥:٣٣٠-٣٤١, ١٩٨١.

Piler, P.: Eighteen hundred and seventeen cases of suicidal attempts: A preliminary statistical survey. American Journal of Psychiatry, ٩٥, ٩٧-١١٥, ١٩٣٨.

References

Platt, J.J., & Spivack, B.: Means of solving real-life problems: Psychiatric patients vs. controls and cross-cultural comparisons of normal females. Journal of Community Psychology, ٢, ٤٥-٤٨, ١٩٧٤.

Pokorny, A.D.: Myths about suicide. In H.L.P. Resnik (Ed.), Suicide behaviors, Boston: Little, Brown, ١٩٦٨.

Puig-Antich J.: Clinical and treatment aspects of depression in childhood and adolescence. Pediatric Annals. ١٣(١):٣٧-٤٥, ١٩٨٤.

Resnik, H.L.P.: Suicide behaviors. Boston: Little, Brown, ١٩٦٨.

Ringel, E.: The Presuicidal Syndrome. Suicide Life Threat Behav. ٦:١٣١-١٤٩, ١٩٧٦.

Rosen, A.: Detection of Suicidal Patients: An Example of Some Limitations in the Prediction of Infrequent Events, J. Consult. Psychol. ١٨:٣٩٧-٤٠٣, ١٩٥٤.

Rosenbaum, M., & Richman, J.: Suicide: The role of hostility and death wishes from the family and significant others. American Journal of Psychiatry, ١٢٦, ١٦٥٢-١٦٥٥, ١٩٧٠.

Sabbath, J.C.: The Suicidal Adolescent-The Expendable Child, J. Am. Acad. Child Psychiatry ٨:٢٧٢-٢٨٩, ١٩٦٩.

Seale, A.L., & McNichol, R.W.: Treatment of the suicidal patient: Community psychiatry approach. Southern Medical Journal, ٥٨, ١١٥٩-١١٦٢, ١٩٦٥.

Seligman, M.: Helplessness: On depression, development, and death. San Francisco: Freeman, ١٩٧٥.

Shaffer, D.: Suicide in childhood and early adolescence. J Child Psychol Psychiatric. ١٦:٩٣, ١٩٨٤.

Shneidman, E.S., & Farberow, N.L.: Statistical comparisons between attempted and committed suicides. In N.C. Farberow & E.S. Shneidman (Eds.), The cry for help, New York: McGraw-Hill, ١٩٦١.

Sifneos, P.: Manipulative suicide. Psychiatric Quarterly, ٤٠, ٥٢٥-٥٣٧, ١٩٦٦.

Silver, M., Bohnert, M., Beck, A., & Marcus, D.: Relation of depression to attempted suicide and seriousness of intent. Archives of General Psychiatry, ٢٥, ٥٧٣-٥٧٦, ١٩٧١.

Silverman, C.: The epidemiology of depression - A review. American Journal of Psychiatry, ١٢٤, ٨٨٣-٨٩١, ١٩٦٨.

Smith, K.: Research-informed comments on the treatment of suicidal impatients. The Psychiatric Hospital, ١٧(١), ٢١-٢٥, ١٩٨٥.

Stengel, E., & Cook, N.: Attempted suicide. London: Oxford University Press, ١٩٥٨.

Stengel, E.: Suicide and Attempted Suicide, Penguin Book, Baltimore, Chapter ٧, ١٩٦٤.

References

Stengel, E.: Suicide and attempted suicide. Baltimore: Penguin, ١٩٦٤.

Stengel, E.: The complexity of motivations to suicidal attempts. Journal of Mental Science, ١٠٦, ١٣٨٨, ١٩٦٠.

Turk, D.: Cognitive behavioral techniques in the management of pain. In J. Foreyt & D. Rathjen (Eds.), Cognitive behavior therapy: Research and application, New York: Plenum, ١٩٧٨.

Wekstein, L.: handbook of Suicidology, Brunner/Mazel, New York, ١٩٧٩.

Wekstein, L.: Handbook of suicidology. New York: Brunner/Mazel, ١٩٧٩.

Wolpe, J.: Cognition and causation in human behavior and its therapy. American Psychologist, ٣٣, ٤٣٧-٤٤٦, ١٩٧٨.

Worden, J.W., & Sterling-Smith, R.S.: Lethality patterns in multiple suicide attempts Life-Threatening Behavior, ٣, ٩٥-١٠٤, ١٩٧٣.

تحدث أعراض الهستيريا المؤقتة عادة لدى العديد من الأطفال خلال فترة النمو. وتشير المقارنة النسبية لهذه الأعراض إنها أعلى نسبة عند الإناث منها عند الذكور في مرحلة المراهقة المبكرة، واكثر الأعراض شيوعاً هي أعراض عصبية خلل حسيّ أو خلل حركي أو داء الصرع الملفق **Pseudo–Seizures**، مرض في المعدة أو الأمعاء، وأمراض بولية وجلدية.

إن الطفل يتمتع عادة بنسبة طبيعية أو عالية من الذكاء **IQ**، وأي حدث مؤذٍ أو محزن أو ملوّع، أو أية خسارة تسبق غالباً انطلاق الأعراض التي كثيراً ما تتنوع وتتغير، ولا تتبع عادة نموذجاً أو مساراً يدّل على مرض عضوي. ***في معظم الأحيان لا*** نرى **La Belle Indifference** ***عند الأطفال كما عند الكبار.*** واكثر الحالات تكون مطلقة دون تأثير شديد على وظائف الطفل، لكن حالات كثيرة تكون مستعصية بحيث يظهر الطفل محبطا ويعاني خللاً في وظائفه، وليس هناك من دليل على وجود مسببات وراثية أو بيو–كيميائية.

النظريات التحليلية أو المسببة لهذه الأعراض تركز على صراعات مكبوتة تظهر نفسها بشكل فيزيائي. **Primary Gain** أو الربح السيكولوجي الأساسي هو حلّ الصراعات بصورة لا واعية وخارج نطاق الإدراك. فالأعراض تعكس الرغبات الاواعية المرفوضة والدفاع عنها وعقابها، وتحولها إلى لغة جسدية فيزيولوجية.

Secondary Gain أو الربح السيكولوجي الثانوي يشير إلى الدور المريض **Sick Role** أي إلى احتياجات الاتكالية وتخفيف ما تتطلبه حالة العمل الطبيعية.

نظرية التعليم **Learning Theory** تشير إلى استخدام الأعراض الفيزيولوجية لحلّ مشاكل نفسية متناقلة داخل العائلة، فقد تكون الأعراض تقليداً لشخص مريض

جسديا في العائلة. وربما تلعب العوامل الثقافية - الاجتماعية دوراً في تطوير أعراض محددة، بما ***أن التعبير الشفوي المباشر للمشاعر العدائية قد يكون مكبوتاً أو ممنوعاً بينما تكون الأعراض الفيزيولوجية الجسدية اكثر قبولاً***

وقد يساهم الأطباء أحيانا بترسيخ أو إطالة الأعراض خلال سعيهم وبحثهم الدؤوب عن أسباب عضوية للمرض.

تتضمن مفاتيح التشخيص أعراضا عصبية متنوعة من الخلل الحسي أو الحركي، وجود مرض نفسي عند الطفل أو احد أفراد العائلة، وتحديد وجود ضغوط نفسية رئيسية. قد يكون من الصعوبة بمكان استثناء مرض عضوي بصورة قاطعة. ففي دراسة متتابعة من ٣ إلى ١١ سنة تبيّن وجود خلل عصبي عضوي عند ١٧ بالمائة من الأطفال ذوي الأعراض. ***وفي حالات معينة من الانتهاك الجسدي أو الجنسي للاطفال، ارتبطت الأعراض مع إحباط متزايد وقلق شديد. كذلك فان أعراض الهستيريا قد تشكل أعراضاً أولية لحالات الفصام*** **Schizophrenia** ***عند المراهقين.***

هنا نوحي بالاستقصاء الطبي المحدد بحيث يجب أن يكون الأفراد العاملين مع الطفل من ذوي الفطنة. ***إن طمأنة الطفل والعلاجات السيكولوجية*** **Supportive Psychotherapy**، لها دور أساسي في تنمية الثقة بالنفس وإزالة الأعراض.

ومن المفيد أيضاً اللجوء إلى علاجات سلوكية **Behavioral Therapy**. وبعد اختفاء الأعراض يحتاج الطفل إلى تقييم سيكولوجي جديد هو وعائلته لاقتفاء أي اثر لمرض نفسي أو صراع ذات جذور متعمقة.

References

Hodges, K., Kline, J.J., Barbero, G., & Flanery, R.: Life events occurring in families of children with recurrent abdominal pain. J. Psychosomatic Responsible., ٢٨:١٨٥-١٨٨, ١٩٨٤.

Hodges, K.: Depressive symptoms in children with recurrent abdominal pain and in their families. J. Pediat., ١٠٧:٦٢٢-٦٢٦, ١٩٨٥a.

Horowitz, M.J.(Ed): Structure and the Process of Change, Hysterical Personality. J. Aronson. New York, pp. ٣٢٩-٣٩٩. Ch ٦, ١٩٧٧.

Hughes, M.C.: Recurrent abdominal pain and child depression: Clinical observations of ٢٣ children and their families. Amer, J. Orthopsychiat., ٥٤:١٤٦-١٥٥, ١٩٨٤.

King, D.S.: Can Allergic Exposure Provoke Psychological Symptoms? A double blind test. J. Allergy, ٢:٣-١٩, ١٩٨٠.

Lennard-Jones, J.E.: Functional gastrointestinal disorders. New Eng. J. Med., ٣٠٨:٤٣١-٤٣٥, ١٩٨٣.

McGrath, P.J., Goodman, J.., Firestone, P., Shipman, R., & Peters, S.: Recurrent abdominal pain: a psychogenic disorder? Arch. Dis. Child., ٥٨:٨٨٨-٨٩٠, ١٩٨٣.

Nicol, A.R.: Psychogenic abdominal pain in childhood. Brit. J. Hosp. Med., ٢٧:٣٥١-٣٥٣, ١٩٨٢.

Proctor, J.I.: Hysteria in Childhood. Am. J. Orthopsychiatry ٢٨:٣٩٤-٤٠٧, ١٩٥٨.

Rivinus, T.M., Jamison, D.L., and Graham, P.: Childhood Organic Neurological Disease Presenting as Psychiatric Disorder. Arch. Dis. Child, ٥٠:١١٥-١١٩, ١٩٧٥.

Rock, N.L.: Conversion Reactions in Childhood: A clinical study on childhood neurosis. J. Am. Acad. Child Psychiatry ١٠:٦٥-٩٣, ١٩٧١.

Zeigler, D.K.: Neurological Disease and Hysteria, The Differential Diagnosis. Int. J. Neuropsychiatry ٣:٣٨٨-٣٩٦, ١٩٦٧.

Zetzel, Elizabeth.: The So-called Good Hysteric. Int. J. Psychoanalysis, ٤٩:٢٥٦-٢٦٠, ١٩٦٨.

الفصل ٢٤ تأثيرات الطلاق على الأطفال

للطلاق تأثير سلبي على الاطفال. فبينما يكون الأهل منهمكين أو مرتاحين للطلاق يكون الأطفال مرتعبين باستمرار أو مرتبكين بسبب ما يهدّد شعورهم بالأمان. ويعيش الأهل قدرات ناقصة ومتناقضة للعناية بأطفالهم خلال الفترة الحادة لعملية الطلاق ثم لمرحلة تمتد حتى السنتين بعد فسخ الزواج.

بما أن الطلاق عادة نتيجة سلسلة طويلة من الصراع وعدم التوافق بين الزوجين، لا يمكن ربط ردة الفعل النفسية عند الطفل فقط بالمرحلة الأخيرة المتعلقة بانحلال المنزل.

تتطلب معرفة تأثير الطلاق على الأطفال دراسة مفصّلة لنمو الطفل الطبيعي، العلاقة بين الطفل والاهل، علاقة بكل من الوالدين، وتأثير الغضب والصراعات المطوّلة على الأطفال. ردّة الفعل الفورية للأطفال تجاه الطلاق قد تكوم الحزن او التلوّع لخسارة الجو العائلي الصحيح، القلق والشعور بالذنب بسبب دورهم الخاص في إفشال الزواج، الخجل والانزعاج بين اصحابهم، والقلق الذي يحيط بمستقبلهم. كذلك يظهر أطفال المطلقين قدرات اقل ويعانون صعوبة أكيدة في التعلم بالمقارنة مع رفاقهم الذين يعيشون حياة متكاملة.

تظهر الدراسات انه إذا استمرت العلاقة المتوترة بين الأهل بعد الطلاق، يظهر الأطفال الدرجة القصوى من عدم التكيف والاضطراب.

تختلف ردّات الفعل للأطفال تجاه الطلاق حسب المرحلة النمائية للطفل، فالرضّع والأطفال الصغار يصبحون قابلين للتهيج **Irritable** ويظهرون تصرفات سلبية ترجعهم إلى مرحلة سابقة من النمو كالتبول الارادي والإحباط.

أما الأطفال في أوائل سن الدراسة فتزيد لديهم عقدة الذنب، ويدفعهم شعورهم بالقدرة الكاملة بمركزية الذات والـOmnipotence إلى الاعتقاد بأنهم هم سبب الطلاق. خلال سنوات الدراسة يصبح الصبيان عدوانيين ويتراجع الأداء المدرسي عند الصبيان والبنات.

عند المراهقين قد يؤدي الطلاق إلى تسريع النمو فيبحث المراهق عمن يكبرونه سناً لإقامة العلاقات وتطوير الإحساس بالاستقلالية الذاتية. من جهة أخرى قد يتراجع بعض المراهقين فيصبحون محبطين ويعيشون حالة من الغضب الشديد. ويظهر ***الجدول رقم*** (١) مختصراً لتأثير الطلاق على الأطفال والأولاد والمراهقين.

جدول رقم (١) ***تأثيرات الطلاق على الأطفال***

السن	***ردات الفعل تجاه الطلاق***
١- ما قبل سن المدرسة، من ٣ إلى ٥ سنوات.	**تخيلات حول الخوف من الهجر او التخلي، مشاكل في النوم، التوق إلى من رحل من الأبوين، العدائية، القلق، التراجع، وكثرة المتطلبات. والصبيان اكثر عرضة لهذه التأثيرات من البنات.**
٢- سن الدراسة المبكرة، من ٥ إلى ٨ سنوات.	حزن واضح، شعور بالقلق وشوق إلى من رحل من الأبوين، تخيلات بالاستبدال، الاعتقاد بان الطلاق لن يدوم طويلاً، تراجع في الأداء المدرسي. كذلك الصبيان اكثر عرضة لهذه التأثيرات من البنات.

تتمة جدول رقم (١) تأثيرات الطلاق على الأطفال

ردات الفعل تجاه الطلاق	السن
غضب شديد تجاه كلا أو احد الوالدين لأنه سبب الطلاق، الحزن لخسارة الجو العائلي المتكامل، مشاعر محبطة بفقدان القدرة على الحل، شعور بالقلق والوحدة، النظر إلى احد الوالدين وكأنه "جيد" والآخر وكأنه "سيئ"، مشاكل مع الأصحاب، تناقض في الأداء المدرسي، ميل شديد للمباشرة بدور المساعد والمتعاطف في العناية مع المحتاج من الأبوين. الصبيان اكثر عرضة من البنات.	٣- سن الدراسة المتوسطة، من ٨ إلى ٢١ سنة.
إحباط حاد، تفكير بالانتحار، عدائية وغضب، هجومات عنيفة ضد من يأخذ حق الوصاية، غضب وانفعال شديد، محاكمة أخلاقية ضد تصرف أحد أو كلا الوالدين، الوقوف إلى جانب أحد الوالدين ضد الآخر، قلق متزايد من النمو إلى شخص راشد، قدرة متزايدة على النضوج والاستقلالية في التعامل مع المشكلة العائلية. تعاني الفتيات المراهقات اكثر عنفاً وصراعات اكثر مع الأصحاب مقارنة مع الصبيان.	٤- المراهقين من ١٢ إلى ١٨ سنة.

يجب النظر إلى ردّات الفعل على الطلاق أيضاً لجهة التأثير على المدى الطويل بما يختص بالنمو والتكيف النفسي للطفل. فالطلاق يضيف عبئاً جوهرياً في جميع الأعمار على الأطفال الذين يكون همهم الأساسي حتى بلوغ سن ١٨ مناقشة واجتياز الحواجز في طريق تطورهم ونموهم العاطفي الصحيح.

لقد ثبتت في إحصاءات حديثة ردات الفعل التالية التي يظهرها **باختصار الجدول رقم (٢)** بين أطفال المطلقين بعد مضي ١٠ سنوات على فسخ الزواج:

جدول رقم (٢) ردّة فعل الأطفال بعد ١٠ سنوات من فسخ الزواج

السن	***ردّة الفعل على الطلاق***
١- ما قبل سن المدرسة، من ٣ إلى ٥ سنوات.	***ذكرى بسيطة أو لا ذكرى على الإطلاق على الصراع الزوجي السابق، بعد مرور ١٠ سنوات.***
٢- سن الدراسة المبكرة، من ٥ إلى ٨ سنوات. ٣- سن الدراسة المتوسطة، من ٨ إلى ١٢ سنة. ٤- المراهقة، من ١٢ إلى ١٨ سنة.	يحمل إحساساً بالحرمان وكأن طفولته وحياته ترعرعت تحت غيمة سوداء، الطلاق، شوق متزايد من تكرار تجربة الأهل الفاشلة في الزواج، خوف متزايد عند الإناث من الخيانة في الحب والزواج، خوف متزايد عند الإناث من الارتباط بأية علاقة، عدد لا بأس به يعاني إحباطاً متوسطاً أو شديداً، عدد لا بأس به يظهر مستوى دراسياً أدنى من اقترانه العاديين، الأطفال تحت وصاية احد الأبوين من نفس جنسهم (ذكر أو أنثى) يظهرون نضوجاً اكبر وتصرفات أخف انفعالاً.

من المهم للأهل خلال عملية الطلاق ولفترة طويلة بعد حدوثه، أن يلاحظوا استمرار أهميتهم القصوى في حياة أطفالهم. فالطفل يحتاج إلى التأكيد دائماً بأن الأم والأب سوف يبقيان أمه وأبوه، حتى ولو انتهى الزواج ولم يعد الأب، والأم يعيشان معاً تحت سقف واحد.

References

Andrew, J. Cherlin, Frank, F. Furstenberg, Jr., P. Lindsey ChaseLansdale, et al.: Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. Science, ٢٥٢:١٣٨٦-١٣٨٩ (June ٧, ١٩٩١).

Bane, M.J.: Marital Disruption and the Lives of Children. J Soc. Iss., ٣٢:١٠٣-١١٧, ١٩٧٦.

Bloom, B.L., White, S.W., and Asher, S.J.: Marital Disruption as a Stressful Life Event. In Levinger, G., and Moles, O.C. (eds): Divorce and Separation: Context, Causes, and Consequences. New York, Basic Books, ١٩٧٩.

Caplan, G.: Emotional Problems of Early Childhood. New York, Basic Books, ١٩٥٥.

Derdeyn, A.P.: Child Custody Contests in Historial Perspective. Am. J. Psychiatry, ١٣٣:١٣٦٩-١٣٧٦, ١٩٧٦.

Emery, R.E., and O'Leary, K.D.: Children's Perceptions of Marital Discord and Behavior Problems of Boys and Girls. J. Abnorm. Child Psychol., ١٠:١١-٢٤, ١٩٨٢.

Emery, R.E.: Interparental Conflict and Children of Discord and Divorce. Psychol. Bull., ٩٢:٣١٠-٣٣٠, ١٩٨٢.

Gardner, R.A.: Family Evaluation in Child Custody Litigation. Cresskill, New Jersey, Creative Thera-eutics, ١٩٨٢.

Gardner, R.A.: Psychotherapy and Children of Divorce. New York, Jason Aronson, ١٩٧٦.

Goldstein, J., Freud, A., and Solnit, A.: Beyond the Best Interests of the Child. New York, Free Pres, ١٩٧٣.

Group for the Advancement of Psychiatry: Divorce, Child Custody and the Family. New York, Mental Health Materials Center, ١٩٨٠.

Guidubaldi, J., and Perry, J.D.: Divorce, Socioeconomic Status, and Children's Cognitive Social Competence at School Entry. Am. J. Orthopsychiatry, ٥٤:٤٥٩-٤٦٨, ١٩٨٤.

Haynes, J.: Divorce Mediation. New York, Springer Publishing Compulsions. ١٩٨١.

Hetherington, E., Cox, M., and Cox, R.: The Aftermath of Divorce. In Stevens, H., and Mathews, M. (eds.): Mother-Child Relations. Washington, D.C., National Association for Education of Young Children, ١٩٧٨.

Hetherington, E.: Divorce: A Child's Perspective. Am. Psychol., ٣٤:٨٥١-٨٥٨, ٩٧٩.

Jacobson, D.S.: The Impact of Marital Separation/Divorce on Children: II. Interparental hostility and child adjustment. J. Div., ٢:٣-٢٠, ١٩٧٨.

Kelly, J.B., and Wallerstein, J.S.: The Effects of Parental Divorce: Experiences of the child in early latency. Am. J. Orthopsychiatry, ٤٦:٢٠-٣٢, ١٩٧٦.

References

Kelly, J.B., Wallerstein, J.S.: Part-Time Parent, Part-Time Child: Visiting after divorce. J. Clin. Child Psychol. ٦:٥١-٥٥, ١٩٧٧.

Lindermann, E.: Symptomatology and Management of Acute Grief. Am. J. Psychiatry, ١٠١:١٤١-١٤٨, ١٩٤٤.

Rutter, M.: Sex Differences in Children's Response to Family Stress. In Anthony, E.J. and Koupernik, C. (eds.): The Child in His Family. New York, John Wiley and Sons, ١٩٧٠.

Santrock, J.W., and Warshak, R.A.: Father Custody and Social Development in Boys and Girls. J. Soc. Iss., ٣٥:١١٢-١٢٥, ١٩٧٩.

Solow, R.A., and Adams, P.L.: Cuby Agreement: Child psychiatrist as child advocate. J. Psychiatry Law, ٥:٧٧-١٠٠, ١٩٧٧.

Springer, C., and Wallerstein, J.A.: Young Adolescent's Responses to Their Parents' Divorces. In Kurdek, L.A. (ed.): Children and Divorce. San Francisco, Jossey-Bass, ١٩٨٣.

Tessman, L.H.: Children of Parting Parents. New York, Jason Aronson, ١٩٧٧.

Tooley, K.: Antisocial Behavior and Social alienation Post Divorce: The "man of the house" and his mother. Am. J. Orthopsychiatry, ٤٦:٣٣-٤٢, ١٩٧٦.

Wallerstein, J.: Children of Divorce: Preliminary Report of a ١٠-Year Follow-Up of Young Children. Am. J. Orthopsychiatry, ٥٤:٤٤٤-٤٥٨, ١٩٨٤.

Wallerstein, J.: Children of Divorce: Preliminary Report of a ١٠-Year Follow-Up. J. Am. Acad. Child Psychiatry, in Press, ١٩٨٥.

Wallerstein, J.S., and Kelly, J.B.: Effects of Divorce on the Father-Child Relationship. Am. J. Psychiatry, ١٣٧:١٥٣٤-١٥٣٩, ١٩٨٠.

Wallerstein, J.S., and Kelly, J.B.: The Effects of Parental Divorce: The Adolescent Experience. In Anthony, E.J., and Koupernik, C. (eds.): The Child in His Family: Children at Psychiatric Risk. Vol. ٣. New York, John Wiley and Sons, ١٩٧٤.

Wallerstein, J.S., and Kelly, J.B.: The Effects of Parental Divorce: The experiences of the preschool child. J. Am. Acad. Child Psychiatry, ١٤:٦٠٠-٦١٦, ١٩٧٥.

Wallerstein, J.S., and Kelly, J.B.: The Effects of Parental Divorce: Experiences of the child in later latency. Am. J. Orthopsychiatry, ٤٦:٢٥٦-٢٦٩, ١٩٧٦.

Wallerstein, J.S.: Children of Divorce: The Psychological Tasks of the Child. Am. J. Orthopsychiatry, ٥٣:٢٣٠-٢٤٣, ١٩٨٣.

Wallerstein, J.S.: Parent-Child Relationships Following Divorce. In Anthony, E.J.,, and Pollock, G. (eds.): Parental Influences in Health and Disease. Boston, Little, Brown and Co, in Press, ١٩٨٥.

Wallerstein, J.S.: Responses of the Pre-School Child to Divorce: Those who cope. In McMillan, M.F., and Henao, S. (eds.): Child Psychiatry: Treatment and Research. New York, Brunner/Mazel, ١٩٧٧.

الفصل ٢٥ أعراض الانتهاك أو الاعتداء الجنسي عند الأطفال

إن عدد حالات الانتهاك الجنسي للأطفال هو على الأقل ١٠ أضعاف الحالات المبلغ عنها أينما كان في العالم. فالأطفال يخافون كثيراً التبليغ عما يحصل لهم، كما أن الإجراءات القانونية التي تثبت الانتهاك الجنسي للطفل بالغة الصعوبة إن لم تكن مستحيلة.

والانتهاك ممكن أن يحدث ضمن العائلة من احد الأبوين، أو زوج الام أو زوجة الأب، من الاخوة الكبار أو غيرهم من الأقارب، ويمكن أن يأتي من خارج العائلة من صديق أو جار أو مربي أو معلم أو أي شخص عشوائياً. ولكن نسبة مئوية قليلة من الانتهاك الجنسي يقوم بها الغرباء. ***إن الدوافع الثقافية الاجتماعية الكامنة وراء الانتهاك الجنسي متعددة، وقد تتضمن:***

١- ميل الذكور لتحويل كل احتياجاتهم العاطفية إلى ناحية جنسية.
٢- التحمل الاجتماعي للانحرافات التي ترتكب عندما يكون الشخص مخموراً.
٣- عقوبات خفيفة ضدّ المعتدين.
٤- دعارة الأطفال.
٥- عدم قدرة الذكور على التنبّه لحاجات الأطفال.
٦- ***الحواجز الاجتماعية ضدّ مساواة المرأة.***
٧- ***أيديولوجية قدسية العائلة.***
٨- ***عدم توفر الثقافة الجنسية للأطفال.***
٩- ضعف الأطفال في مواجهة المجتمع.

إن الظروف العائلية الكامنة التي تعتبر حافزاً أو عواملاً خطرة للانتهاك الجنسي نجدها مدرجة في الجدول رقم (١).

جدول رقم (١) عوامل عائلية محفّزة للانتهاك الجنسي للأطفال

١- طفل ذات أم غير موجودة أو غائبة بسبب مرض أو إعاقة أو وظيفة خارج المنزل.
٢- أم شديدة الوقائية تجاه الطفل أو بعيدة عنه كلياً.
٣- الام المستسلمة التي ينتهكها الأب أو يسيطر عليها.
٤- إذا توّفي أو غاب احد الوالدين لفترة طويلة.
٥- إذا كان الزواج تعيساً أو كثير المشاكل.
٦- إذا كانت العلاقات العائلية صارمة، غير واضحة، غير مباشرة أو غير صادقة.
٧- إذا كانت علاقة الطفل سيئة مع الأهل أو إذا اخضع لعقوبات شديدة القسوة.
٨- نقص الرقابة على الطفل مع إفساح الفرصة للمعتدي كي يبقى وحيداً معه.
٩- العزلة الاجتماعية أو العاطفية أو الجغرافية للعائلة.
١٠- إدمان الكحول في العائلة.
١١- ظروف منامة أو مساكنة غير عادية أو ازدحام عددي كبير.
١٢- تصرفات اغرائية أو جنسية عند الأطفال.

ما يمكن أن يكشفه الفحص الطبي من الدلائل الجسدية والفيزيولوجية على الانتهاك الجنسي يتضمن الجروح أو النزيف في المخرج أو المهبل، التورم في الفرج أو المنطقة بين الشرج والفرج (العجان)، مرض الزهري، الأم أو الحكاك في منطقة المهبل أو المخرج والأم أو جروح في الحنجرة ***وفي جميع الأحوال يجب الإشارة إلى أن الغالبية الساحقة من حالات الانتهاك الجنسي للأطفال لا يوجد فيها دلائل جسدية تعتبر دليلاً واضحاً خلال الفحص الطبي الفيزيولوجي. لكن هناك دلائل مرئية، سلوكية وشفاهية،*** تتضمن أقوالاً وتعابير يقولها الطفل مثل: "اشعر بألم عند دخول المرحاض"، "لا أريد البقاء وحيداً في البيت مع زوج أمي"، "لا احب أبي، زوج امي، صديقي أو قريبي". وقد يصرّح الطفل مباشرة عن الانتهاك الجنسي كأن يقول: "لدي صديق قام بــ ... " ثم يسترسل شارحاً تفاصيل التجربة الجنسية.

الدلائل السلوكية للاعتداء الجنسي على الطفل متعددة وقد نلاحظ فيها تغييراً مفاجئاً في مستوى فاعلية الطفل من جيد أو سيئ إلى أسوأ. وندرجها في الجدول رقم (٢).

جدول رقم (٢) أعراض سلوكية للانتهاك الجنسي عند الأطفال

١- تصرفات اغوائية، معرفة جنسية متطورة اكثر من عمر الطفل. الجنوح.
٢- مداعبات جنسية متكررة وغير مناسبة مع الأصحاب أو الألعاب. او خوف بأن شيء غير طبيعي سيحدث لهم في أعضائهم الجنسية.
٣- مظاهر اعتداءات جنسية تبدو في الرسوم والألعاب مع تكرار رسم الأشخاص مع أعضائهم التناسلية.
٤- نشاط فائض، انفعال، وتركيز سيئ في المدرسة. مشاكل في النوم، كوابيس.

تتمة جدول رقم (٢) أعراض سلوكية للإنتهاك الجنسي عند الأطفال

٥- التغيب ورفض الذهاب إلى المدرسة.
٦- ***إظهار تصرفات متطرفة حادة كمثل عدوانية مفاجئة وغير عادية، أو انزواء عن الأصدقاء والعائلة.***
٧- الهروب من البيت وطلب النوم خارج المنزل بشكل متكرر.
٨- الاستحمام بشكل متكرر وخصوصا بعد رؤية شخص محدد، أو خوف غير عادي من الاستحمام.
٩- الانتهاك الجنسي لطفل آخر.
١٠- الابتعاد عن النشاط الاجتماعي والأصدقاء الحميمين، التقهقر النفسي إلى مرحلة سابقة من النمو، والتراجع المفاجئ في الأداء المدرسي.
11 - ***نوم متقطع واستيقاظ متكرر مع صراخ خلال الليل.***
١٢- تصرفات غريبة والشعور بالتشويه الجسدي، أو تعابير تدل على أن أجسادهم قويّة أو مشوهّة أو ملطخة بالدماء. التفكير أو محاولة الانتحار.
13 - ***شكوى جسدية متكررة وأعراض نفسية مرضية، مثل آلام في المعدة، آلام في منطقة المهبل، وتبول لاإرادي.***
14 - ***فقدان الثقة، خصوصاً مع أشخاص مهمين في حياة الطفل. السرية وعدم البوح بما حدث ويحدث لهم.***
١٥- عدم تقدير للذات وأعراض إحباط مرضي أو كآبة نفسية، أو قلق يشبه حالات الرعب.

لقد عرّفت الدراسات الحديثة خصائص معينة مشتركة بين المعتدين الذكور الذين يقومون بالانتهاك الجنسي ضدّ الأطفال. هذه الخصائص يظهرها لنا **الجدول** رقم (٣).

الجدول رقم (٣) خصائص المعتدين الذكور

١- عدم القدرة على ضبط النفس.
٢- ***قدرة متدنية على تحمّل الفشل.***
٣ ***- التراجع النفسي، أو عدم النضج الجنسي والعاطفي.***
٤- الحاجة إلى مكافأة فورية.
٥- ***استخدام سيئ للكحول أو المخدرات.***
٦- الاتكالية الشديدة و الغير مشبعة.
٧- تعبير العواطف بصورة عدائية أو استسلامية، غضب، فشل، خوف من النقص.
٨- قوة ذاتية منخفضة وتقدير ذاتي منخفض يتّم التعويض عنه بالانتهاك الجنسي للأطفال.
٩- الرضوخ والشعور بفقدان القدرة خارج المنزل.
١٠- إنكار وعقلنة الأفعال، إسقاط اللوم عن الذات وتوجيهه نحو الغير.
١١- ***التمويه والتلاعب بالعقول.***
١٢- توقف أو خطأ في عمل الانا العليا - **Super – ego operation**، أي غياب الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير.

أحيانا يبقى أشخاص يعرفون أو يشككون بحدوث انتهاك جنسي لطفل صـــــامتين، وقد أظهرت الأبحاث الأخيرة خصائص معينة لهؤلاء يتضمنها **الجدول رقم (٤)**.

جدول رقم (٤) خصائص العارفين الصامتين

١- الشعور بالنقص كزوجة أو أم.
٢- عدم القدرة على تحمل المسؤولية والتعامل مع المشكلة اليومية.
٣- ***عدم النضج العاطفي مع سلوك طفولي.***
٤- الرضوخ وعدم تقدير الذات.
٥- ***حاجات اتكالية غير مشبعة.***
٦- تزايد الخوف والشعور بالذنب.
٧- إنكار الواقع كآلية دفاعية سيكولوجية.
٨ ***-خلل في الوظائف الجنسية.***

الضحايا الأطفال أيضا لديهم خصائص مشتركة قد تتضمن الشعور العاطفي بعدم الأمان، توقف النمو العاطفي، انطوائية ونقص في المهارات الاجتماعيـــة، تقديــر منخفض للذات، شعور بالذنب ولوم داخلي، ومشاعر متناقضة تجاه الأهل.

يعاني حتى ٧٠٪ من الأطفال المعتدى عليهم خللاً أو اضطراباً نفسياً يتضمن سلوكاً غير متزن مع عدائية متزايدة، القلق والتفكك اضطراب الضيق بعد الفاجعة P-T-S-D، الإحباط واضطراب النقص في التركيز وازدياد الحركة.

لقد تمّ في الإحصاءات المؤخرة تعريف ٤ خصائص كعوامل شديدة الأذى والخطورة للأطفال المعتدى عليهم، هذه الخصائص هي:

١ – ميول جنسية تقود إلى نشاط جنسي سابق لأوانه، التباس حول دور النوع (ذكر أم أنثى)، وهويّة جنسية مشوّشة.

٢ – إحساس بالخيانة يقود إلى فقدان شامل للثقة، غضب متزايد وعدوانية تجاه الآخرين.

٣ – شعور بفقدان السيطرة والقدرة، يقود إلى الخوف وردود الفعل القلقة.

٤ – حمل وصمة عار وشعور بالتأذي يقود إلى الإحساس بالذنب والخجل وانخفاض تقدير الذات.

إن الأطفال المعتدى عليهم يعانون صعوبة في إقامة العلاقات مع الآخرين إلا على صعيد جنسي، وبعضهم يصبح فيما بعد منتهكاً للأطفال أو يعمل في الدعارة.

أولئك الذين يصبحون منتهكين للأطفال يتمثلون بأهلهم ويذكرون أهمية الانتهاك الذي تعرضوا له، كما يذكرون أيضاً الاحتقار والغضب والخجل الذي شعروا به سابقاً.

بعض الرجال الذين تعرضوا للانتهاك أطفالاً يحملون غضبهم للإيقاع بضحايا جدد بينما بعض النساء يكررن تجارب أمهاتهم ويخضعن لرجل مستغل. وقد ظهر في إحدى الدراسات الحديثة إن ٧٠% بالمائة من الأمهات اللواتي تعرضن لانتهاك

جنسي في طفولتهن كن ينتهكن أطفالهن بطريقة ما. وفي النهاية يعـاني الرجـال والنساء الذين تعرضوا لانتهاك جنسي خلال الطفولة من مزاجيـة متقلبـة، ملـل مزمن، انفعالية، إحباط وتفكير متكرر بالانتحار. لانهم يعيشون حياتـهم دون ثقـة بعلاقاتهم أو مهنتهم أو قيمتهم أو هويتهم الجنسية.

قد يحتاج الانتهاك الجنسي المطوّل لسنوات من العلاج النفسي من مختلف الأنواع، ومجموعات المساعدة الذاتية ذات فائدة قصوى في هذا المجال بما أن الناجين بحياتهم يشعرون بأنهم ليسوا وحدهم وان لديهم الفرصة لمشاركة تجاربهم المريعة مع آخرين تمكنوا من النجاح بتحرير أنفسهم من كوابيسهم المرعبة. وعندما يكون الطفل في فترة العلاج يجب أبعاد المتـهم بالاعتداء عن المنزل، وقد يسمح أو لا يسمح له بالزيارة تحت المراقبة.

العلاج العائلي يجب أن يكون داعماً ويناقش مواضيع الحقد والشعور بالذنب تجـاه المعتدي، ويسعى إلى إعادة اللحمة مع المعتدي فيما بعد إذا أمكن.

من الضروري جداً استشارة أخصائيين في معرفة وعلاج الانتهاك الجنسـي، لان هؤلاء سوف يقررون كيف كان اثر الاعتداء على الضحية وكيف يبدءون بما هـو أهم للتعامل مع الحدث.

References

Aarens, M., Cameron, T., Roisen, J., et al.: Alcohol and family abuse, in Alcohol Casualties and Crime, Berkeley, California, Social Research Group, pp. ٥٢٧-٥٧٤, ١٩٧٨.

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.: Manual for the Child behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry, ١٩٨٣.

Adele Mayer: Incest: A Treatment Manual for Therapy with Victims, Spouses and Offenders. Learning Publications, ١٩٨٣.

Adele Mayer: Sexual Abuse—Causes, Consequences and Treatment of Incestuous and Pedophilic Acts; Learning Publications, ١٩٨٥.

Anderson, S.C., Bach, C.M., & Griffith, S.: Psychosocial Sequelae in Interfamilial Victims of Sexual Assault and Abuse. Paper presented at the Third International Conference on Child Abuse and Neglect, Amsterdam, The Netherlands, ١٩٨١.

Arthur, Green, M.D., and Brandt, F., Steele, M.D.: Parental Dysfunction and Child Abuse. Understanding Human Behavior in Health and Illness, ٣rd Edition, edited by Richard C. Simons. Williams and Wilkins, Baltimore, ١٩٨٥.

Bagley, C., Ramsey, R.: Sexual abuse in childhood: Psychosocial outcomes and implications for social work. Social Work in Human Sexuality ٤:٣٣-٤٨, ١٩٨٦.

Beverly James and Maria Masjleti: Treating Sexually Abused Children and Their Families, Consulting Psychologists Press, Inc., ١٩٨٣.

Bowlby, J.: Attachment and Loss. Vol. III: Sadness and Depression. Basic Books. New York, ١٩٨٠.

Bowlby, J.: On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel. Canad. J. Psychiat. ٢٤:٤٠٣-٤٠٨, ١٩٧٩.

Braun, B.G.: Symposium on Multiple Personality. Psychiat. Clin. N.A. ٧(١), ١٩٨٤.

Burgess, A.W., & Hol,strom, L.L.: Adaptive Strategies and Recovery from Rape. American Journal of Psychiatry. ١٣٦: ١٢٧٨-١٢٨٢, ١٩٧٩.

Burgess, A.W., & Holmstrom, L.L.: The Rage Trauma Syndrome. American Journal of Psychhiatry ١٣١:٩٨١-٩٨٦, ١٩٧٤.

Conte, J.R. and Shore, D.A. (Eds.): Social Work and Child Sexual Abuse. New York: haworth Press, ١٩٨٢.

Finkelhor, D., Baron, L.: Risk factors for childhood sexual abuse: A review fo the evidence, in Finkelhor D: Sourcebook on Child Sexual Abuse. Beverly Hills, California, Sage, pp. ٦٠-٨٨, ١٩٨٦.

Finkelhor, D., Russell, DEH: Women as perpetrators: Review of the evidence, in Finkelhor D: child Sexual Abuse: New Research and Theory. New York. Free Press, pp. ١٧١-١٨٧, ١٩٨٤.

References

Finkelhor, David: Child Sexual Abuse. New York: The Free Press, ١٩٨٤.

Freud, K.: Erotic preference in pedophilia. Behav Responsible Ther ٥:٢٠٩-٢٢٨, ١٩٦٧.

Gebhard, P., Gagnon, J., Pomeroy, W., et al.: Sex Offenders: An Analysis of Types. New York, Harper & Row, ١٩٦٥.

Gelinas, D.J.: The persisting negative effects of incest. Psychiatry ٤٦:٣١٢-٣٣٢, ١٩٨٣.

Green, A.H.: Child abuse: dimensions of psychological trauma in abused children. J. Amer. Acad. Child Psychiat. ٢٢:٢٣١-٢٣٧, ١٩٨٣.

Greer, Joanne, G. and Irving, R. (Eds.): The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment. New York: Van Nostrand Reinnold Co., ١٩٨٢.

Herman, J.: Father-daughter incest. Cambridge, MA: Harvard University, ١٩٨١.

Holmstrom, L.L. & Burgess, A.W.: The Victim of Rape. New York: Wiley-Interscience. ١٩٧٩.

Howells, K.: Adult sexual interest in children: Considerations relevant to theories of etiology, in Cook M. Howells K (eds): Adult Sexual Interest in Children. New York, Academic Press, pp. ٥٥-٩٤, ١٩٨١.

James, Beverly and Nasjleti, Maria: Treating Sexually Abused Children and Their Families. Palo Alto, CA: Psychologists Press, Inc. ١٩٨٤.

Jeffrey, J., Haugaard and N. Dickon Reppucci: The Sexual Abuse of Children. San Francisco: Jossey-Bass, ١٩٨٩.

Judith, Lewis herman: Trauma and Recovery. New York: Basic Books, ١٩٩٢.

Kafka, J.S.: The Concept, the syndrome, the patient. Book Review. In P. Hartocollis (Ed.). Journal of the American Psychoanalytic Association, ٢٩,٢٣٦-٢٤٧, ١٩٨١.

Kohlberg, L.: The Philosophy of Moral Development. Vol. ١. Harper and Row. San Francisco, ١٩٨١.

Kohn, A.: Shattered innocence. Psychology Today, pp. ٥٤, ٥٦, ١٩٨٧, February.

Kovacs, M.: The Children's Depression Inventory: A Self-rated depression scale for school-aged youngsters. Unpublished manuscript. ١٩٨٣.

Leonard Shengold, M.D.: Soul Murder: A Review. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy. Volume ٣ Number ٣, ١٩٧٤.

Linda, T., Sanford: Strong at the Broken Places: Overcoming the Trauma of Childhood Abuse. New York: Random House, ١٩٩٠.

References
Mahler, M.S. and Kaplan, L.: Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so called borderline personalities. In P. Hartocollis (Ed.), op. Cit. New York: International University Press, ٧١-٨٥, ١٩٧٧.
McCahill, T.W., Meyer, L.C. & Fishman, A.M.: The Aftermath of Rape. Lexington, Mass. Health & Co. ١٩٧٩.
Miller, A.: Thou Shalt Not Be Aware: Society's Betrayal of the Child. Farrar, Straus & Giroux, New York, ١٩٨٤.
Quinsey, VL: Men who have sex with children, in Weisstub D (ed): Law and Mental Health: International Perspectives. New York, Pergamon vol. ٢, pp ١٤٠-١٧٢, ١٩٨٦.
R.D. Krugman: Recognition of Sexual Abuse in Children; Pediatrics in Review, ٨:١; ١٩٨٦.
Richard, P. Kluft(ed.): Treatment of victims of sexual abuse. Psychiatric Clinics of North America, ١٢:٢٣٧-٥٠١ (June ١٩٨٩).
Roland Summit: The Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome, "Child Abuse and Neglect, ٧:١١٧-١٩٣, ١٩٨٣.
Russell, D.: The Incidence and Prevalence of Intrafamilial and Extrafamilial Sexual Abuse of Female Children. Child Abuse and Neglect. ٧:١٣٣-١٤٦, ١٩٨٣.
Russell, DEH: The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women. New York, Basic Books, ١٩٨٦.
Segal, N.P.: Kernberg, O. Borderline conditions and pathological narcissism: And object relations theory and clinical psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic Association, ٢٩, ٢٢١-٢٣٦, ١٩٨١.
Seth, L. Goldstein: The Sexual Exploitation of Children: A Practical Guide to Assessment, Investigation and Intervention, Elsevier Science Publishing Co.: ١٩٨٦.
Shengold, L., Soul Murder: A review. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy. ٣٦٦-٣٧٣, ١٩٧٤.
Shengold, L.: More about rats and rat people. International Journal of Psychoanalysis, ٢٧٧-٢٨٨, ١٩٧١.
Shengold, L.: The effects of overstimulation. International Journal of Psychoanalysis, ٤٠٣-٤١٥, ١٩٦٧.
Shengold, L.L.: Child abuse and deprivation: soul murder. J. Amer. Psychonal. Assoc. ٢٧:٥٣٣-٥٥٩, ١٩٧٩.
Speilberger, C.D.: Preliminary manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists. ١٩٧٣.
Spiegel, D.: Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. Psychiat. Clin. N.A. ٧:١٠١-١١٠, ١٩٨٤.
Steketee, G.& Foa, E.B.: Rape Victims: Post-Traumatic Stress Responses and Their Treatm: A review of the literature. Journal of Anxiety Disorders. ١: ٦٩-٨٦, ١٩٨٧.
Summit, R.: Beyond belief: the reluctant discovery of incest. In The Dark Continent, M. Kirkpatrick, ed. Plenum. New York, ١٩٨٢.
Woodling and Kossoris: "Sexual Misuse: Rape, Molestation, and Incest," . Pediatric Clinics of North America, ٢٨(٢) pp. ٤٩١-٥٠٠. May ١٩٨١.

يترافق داء الصرع في الطفولة مع حوادث متزايدة من الخلل السلوكي، وهذا يحدث في جميع أنواع الصرع ولكنه يتزايد بشكل خاص في النوبات الجزئية المعقدة **Complex partial seizures**. وقد لوحظت على أي حال تغيرات متطورة في الشخصية عند الراشدين، ممن يعانون هذه النوبات، ويبدو أن نماذج هذه التغيرات تميز الأفراد الذين يعانون نوبات الفص الصدغي **Temporal lobe epilepsy** وتتميز بالتراكبات **Overlaps** مع بعض الأمراض النفسية، ولكنها لا تظهر مع غير ذلك من الأمراض المزمنة طبية كانت أم عصبية. وتتكون هذه التغيرات من مجموعة ظواهر تشتمل مجتمعة على تركيبة خاصة من ميزات الشخصية، وهذه المجموعة تأتي كالتالي:

١- ***انفعالية عاطفية مرتفعة*** **Heightened emotionalism**: هناك تركيز معنوي متزايد واتهام بالخطورة فوق العادة على المشاعر والأفكار. وتظهر تغيرات مؤثرة كالانفعالية العاطفية المقلقة **Emotional Lability**، مزاجية حادة، وتجارب مرتبطة بالخوف. هناك أيضاً "لزوجة" اجتماعية أو سلوكية مفرطة في التعلق بالغير، تتكون غالبا من الثرثرة، الانتباه المدقق للتفاصيل، تلميحات دينية ما ورائية يبدو أنها تعبر عن مظهر عقلاني للانفعالية.

٢- ***سرعة التهيج والعدائية*** **Irritability & Aggression**: هناك غضب مسيطر أو سرعة في التهيج مع ميزة انعدام المرح، إفراط في الأخلاقية، تشبث أو تصلب في المواقف، وسلوك "أنا دائما على حق".

٣- ***الجنس (الفاصية الجنسية)***: هناك قصور جنسي سائد، مع احتمال وجود انحرافات جنسية وعهر أو شذوذ جنسي.

يلاحظ أن هذه التغيرات المتميزة عند الراشدين تحدث تقريباً بعد حوالي سنتين من بداية الداء. وقد تنمو أعراض نفسية أو عقلية كالذهان **Psychoses** بعد عدة سنوات إضافة إلى تغير الشخصية. وقد استخدم تعبير شخصية ما بين النشبتين

Interictal personality لوصف ظواهر التركيبات المنوعة لهذه الصفات. وهي تغيرات شخصية ثابتة تنتج مباشرة عن داء الصرع، ولكنها ليست بالضرورة محددة أو مرتبطة بفترة النوبة أو حالة عقب النشبة. مختصر التغيرات السلوكية، الانفعالية، والادراكية في صرع الفص الصدغي عند الأطفال، نورده ***في الجدول رقم (١)***

جدول رقم ١ التغيرات السلوكية، الانفعالية والادّراكية في النوبات الجزئية المعقدة

١- عنف وغضب مدّمر.
٢- عدائية، سرعة في التهيج مع عوارض اضطراب الانفجار المتقطع.
٣- ***الرهاب ، اضطراب القلق العام، الإحباط، اضطراب التسلط الإلزامي*** **OCD** ***أو القهري.***
٤- "البارانويا" أو أفكار الزور، الذهان الذي يشبه الفصام.
٥- قصور جنسي - وغيره من الاضطرابات الجنسية.
٦- انشغال ديني، أخلاقية مفرطة.
٧- التدبق - سلوك التعلق بالغير خصوصا في صرع الفص الصدغي في الجهة اليسرى.
٨- ***زيادة الكتابة أو الإفراط فيها*** **Hypergraphia** ***وقد يكتب الأطفال أغان دينية طويلة.***
٩- انعدام الفرح، نقص في روح المرح، التأمل التشاؤمي الطويل، الميل للتدقيق في التفاصيل، التشبث أو التصلب، الحكم القاسي على الذات، يترافق مع صرع الفص الصدغي في الجهة اليسرى.
١٠- ***انفعالية عاطفية مرتفعة، الحذر المفرط*** **Vigilance**، ***التقليل من أهمية الأمور، إنكار الأخطاء والصعوبات الشخصية. تترافق مع صرع الفص الصدغي في الجهة اليمنى.***

إن الدمغة الطبية لصرع الفص الصدغي تتميز بالنوبات الجزئية المعقدة مع تغير مفاجئ في الوعي مع أعراض بؤرية مركزية، حركية، تلقائية، أو حسية. وبداية النوبة يعلن عنها غالباً بواسطة رعدة أو فوحة صرعية **Aura** تعتبر طبيعتها افضل دليل لموقع الصرع المركزي. إن الفص الصدغي عند الراشدين هو موقع شائع للنوبات الصرعية، يمثل بين ٤٠و٦٠ بالمائة من صرع الراشدين.

أسباب النوبات الصرعية في الفص الصدغي قد تتضمن تشوهات في التكوين داخل الرحم، جروح خلال الولادة، وارتجافات تشنجية **Convulsions** ***مع ارتفاع الحرارة في مرحلة الطفولة.*** الدمل في الأذن والجروح الداخلية في الرأس قد تقود أيضاً إلى داء صرع الفص الصدغي. وبين الفصوص الصدغية، تتعرض الأجهزة الجوفية الوسطية **Hippocampus & Amygdaloid complex** بشكل خاص لنوبات داء الصرع بسبب متطلباتها الاستقلابية العالية، واعتمادها على الدورة الدموية في الدماغ الخلفي المعرّض للمرض، وموقعها الملاصق لعظام الجمجمة. وقد ظهر ان اللوزة **Amygdala** لديها مدخل منخفض لإشعال فتيل التطور المتقدم للشحنات الكهربائية **Kindling** غير الطبيعية، والتي تتبع المثيرات الكهربية المتكررة.

وكما أشرنا أعلاه أن النوبات الجزئية المعقدة صرع الفص الصدغي سابقا، قد تظهر أعراضاً نفسية وعصبية وانفعالات مثل العدائية، الجنسانية، والتصرفات المتخوفة. والاستئصال الثنائي للفصوص الصدغية عند قرود ريسوس **Rhesus**. اظهر مرض **Kluver-Bucy** حيث يصبح الحيوان وديعا، قشما، **Hyperphagic**، جنسانيا دون تمييز، وغير اجتماعي. ***تسهم اللوزة*** **Amygdala** ***في طبيعتها سلوك الشهوة والجنس، وهي ضرورية لتكوين وتثبيت وتذكر الروابط العاطفية – الحسية التي تنمو وتتأصل في الدماغ.***

إن الفص الصدغي يربط التمييز البصري باستجابات الخوف المناسبة التي مصدرها ما تحت المهاد **Hypothalamus** ***، وقد تنسق الاستجابات التلقائية والعصبية، والانفعالية.***

الفروقات في مركزية، موقع، تكرار، تعدد، وفترات صرع الفص الصدغي قد تؤثر في التغييرات الشخصية والسلوكية. إن التأثيرات ما بين النشبتين من مركز النوبة قد تؤثر عليها شخصية الطفل ما قبل المرض ومزاجية عائلته، تفاعله وتحمله لصعوباته.

حين متابعتهم طولا، تنمو عند الأطفال الذين يعانون النوبات الجزئية المعقدة اضطرابات نفسية وعصبية حين يصبحون راشدين.

هناك ١٠ بالمائة يصابون بالذهان الذي يشبه الشيزوفرانيا، ١٢ بالمائة يرتكبون جرائم عنف، و٨ بالمائة يظهرون عوارض أمراض العدائية والغضب العارم. كذلك فان هناك ٧٠ بالمائة ممن يتمتعون بذكاء **I.Q** طبيعي، وكانوا في حالة نفسية طبيعية.

إن العوامل التي تساهم في تكوين الاضطرابات النفسية والعصبية لاحقا في مرحلة البلوغ مختصرة ***في الجدول رقم (٢)***

١- نسبة ذكاء IQ اقل من تسعين.
٢- ***بدء النوبات تحت سن السنتين.***
٣- نوبات الصرع الكبير أولية - معممة مرتبطة بالمرض.
٤- نوبات متكررة مرة أو اكثر يوميا.
٥- تركز في الجهة اليسرى لمخطط كهربائية الدماغ **EEG**.
٦- أن يكون المريض ذكرا.
٧- ***وجود اضطراب نقص الانتباه وازدياد الحركة، ووجود إعاقات تعليمية.***
٨- صعوبات ثقافية نفسية مع خلل عصبي متعلق باللسان والحاجة إلى تعليم خاص.
٩- ***نقص مميز في الذاكرة.***
١٠- استخدام أدوية متعددة **Polypharmacy**.
١١- رفض المجتمع واعتماد التوسم **Stigmatization**.
١٢- تفاعل غير طبيعي خطير في العلاقات داخل وخارج العائلة.
١٣- ***مواقف العائلة والمجتمع تجاه داء الصرع.***
١٤- القيود على النشاطات المختلفة.

هناك جدل قائم حول سببية التغيرات السلوكية في النوبات الجزئية المعقدة. وقد يكون السبب هو الدماغ الصرعي ذاته، ردات فعل الطفل النفسية تجاه مرض النوبات، و/أو تأثيرات الأدوية المضادة للرجفة.

من المهم أن نلاحظ أن معظم الأدوية المضادة للنوبات لها تأثيرات عكسية مزمنة على السلوك والأداء. واستعمال الأدوية المتعددة Polypharmacy ***قد يضاعف المشكلة ويعقدها. إن مراقبة مستوى الدم لهذه الأدوية العلاجية، والمعالجة بدواء واحد فقط هي ما يوصى به بشدة في مثل هذه الحالات.***

References

Baer, D.M., Fedio, P.: Quantitative analysis of interictal behavior in Temporal Lobe Epilepsy. Arch Neurol, ٣٤:٤٥٤-٤٦٧, ١٩٧٧.

Bagley, C.: Social prejudice and the adjustment of people with epilepsy. Epilepsia, ١٣,٢٣-٢٨, ١٩٧٢.

Bagley, C.: The educational performance of children with epilepsy. British Journal of Educational Psychology, ٤٠, ٨٢-٨٣, ١٩٧٠.

Bagley, C.: The social psychology of the child with epilepsy London: Routledge & Kegan Paul, ١٩٧١.

Bear, D.: Hemispheric Specialization and the Neurology of Emotion. Arch. Neurol., ٤٠:١٩٥-٢٠٢, ١٩٨٣.

Bear, D.: Temporal Lobe Epilepsy: A syndrome of sensory-limbic hyperconnection. Cortex, ١٥:٣٥٧-٣٨٤, ١٩٧٩.

Behavior and Epilepsy: Epilepsia, ٢٤, Suppl. ٢, ١٩٨٣.

Blumer, D.: Hypersexual episodes in temporal lobe epilepsy. Am J Psychiatry ١٢٦:١٠٩٩-١١٠٦, ١٩٧٠.

Blumer, D.: Temporal Lobe Epilepsy and its Psychiatric Significance. In Benson, D.F., and Blumer, D. (eds.): Psychiatric Aspects of Neurologic Disease. New York, Grune & Stratton, pp ١٧١-١٩٨, ١٩٧٥.

Borod, J.C., Koff, E., and Caron, H.S.: Right Hemispheric Specialization for the Expression and Appreciation of Emotion: A focus on the face. In Perecman, E. (ed.): Cognitive Processing in the Right Hemisphere. New York, Academic Press, pp ٨٣-١١٠, ١٩٨٢.

Brandt, J., Seidman, L.J. and Kohl, D.: Personality Characteristics of Epileptic Patients: A controlled study of generalized and temporal lobe cases. J. Clin. Experience. Neuropsychol. ٧:٢٥-٣٨, ١٩٨٥.

Brittain, H.: Epilepsy and intellectual functions. In B.M. Kulig, H. Meinhardi, & G. Stores (Eds.), Epilepsy and behavioud. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, ١٩٨٠.

Camfield, C.S., Chaplin, S., Doyle, A.B., Shapiro, S.H., Cummings, C., & Camfield, P.R.: Side effects of phenobarbitone in toddlers: Behavioral and cognitive effects. Journal of Pediatrics, ٩٥, ٣٦١-٣٦٥, ١٩٧٩.

Changing Approaches to Management of Seizures: Pharmacologic Considerations. Epilepsia, ٢٣, Supl ١, ١٩٨٢.

Chaudhry, M.R., & Pond, D.A.: Mental deterioration in epileptic children. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, ٢٤, ٢١٣-٢١٩, ١٩٦١.

References

Cirignotta, F., Todesco, C.V., and Lugaresi, E.: Case Report: Temporal lobe epilepsy with ecstatic seizures (so-called Dostoyevsky seizures). Epilepsia, ٢١:٢٠٥-٢١٠, ١٩٨٠.

Conn, L.M., and Lion, J.R.: Pharmacologic Approaches to Violence. Psychiatr. Clin. N. Am., ٧:٨٧٩-٨٨٦, ١٩٨٤.

Corbett, J.A.,, Harris, R., & Robinson, R.G.: Epilepsy, In J. Wortis (Ed.), Mental retardation and developmental disabilities (Vol.٧). New York: Brunner/Mazel, ١٩٧٥.

Corbett, J.A.: methodological issues underlying the assessment of the behaviour in children with epilepsy. In B.M. Kulig, H. Meinhardi, & G. Stores (Eds.), Epilepsy and behaviour. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, ١٩٨٠.

Dalby, M.A.: Behavioral effects of carbamazepine. In J.K. Penry & D.D. Daley (Eds.), Advances in neurology (Vol. ١١). New York: Raven Press, ١٩٧٥.

Dalby, M.S.: Antiepileptic and Psychotropic Effect of Carbamazepine (Tegretol) in the Treatment of Psychomotor Epilepsy. Epilepsia, ١٢:٣٢٥-٣٣٤, ١٩٧١.

Delgado-Escueta, A.V., Mattson, R.H., King, L., et al.: The Nature of Aggression During Epileptic Seizures: A special report. N. Engl. J. Med., ٣٠٥:٧١١-٧١٦, ١٩٨١.

Dewhurst, K., and Beard, A.W.: Sudden Religious Conversions in Temporal Lobe Epilepsy. Br. J. Psychiatry, ١١٧:٤٩٧-٥٠٧, ١٩٨٠.

Fox, J.T.: Response of epileptic children to mental or educational tests. British Journal of Medical Psychology, ٤, ٢٣٥-٢٤٨, ١٩٢٤.

Geschwind, N.: Behavioral change in Temporal Lobe Epilepsy. Arch Neurol, ٣٤:٤٥٣-٤, ١٩٧٧.

Geschwind, N.: Effects of temporal lobe surgery on behavior. N Engl J Med ٢٨٩:٤٨٠-٤٨١, ١٩٧٣.

Geschwind, N.: The clinical setting of aggression in temporal lobe epilepsy, in Fields WS, Sweet WH (eds): The Neurobiology of Violence. St. Louis, Warren H Green Inc, ١٩٧٤.

Gibbs, F.A.: Ictal and non-ictal psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy. J. Neuro Ment Dis ١١٣: ٥٢٢-٨, ١٩٥١.

Gloor, P., Olivier, A., Quesney, L.F., et al.: The Role of the Limbic System in Experiential Phenomena of Temporal Lobe Epilepsy. Ann. Neurol., ١٢:١٢٩-١٤٤, ١٩٨٢.

Graham, P., & Rutter, M.: Organic brain dysfunction and child psychiatric disorder. British Medical Journal, ٣, ٦٩٥-٧٠٠, ١٩٦٨.

Green, J.B., Mercille, R.A.: Pschiatric complications of epilepsy. Neuro Clinics, ٢:١٠٣-١١٢, ١٩٨٤.

References

Guey, J., Charles, C., Coquery, C., Roger, J., & Soulayrol, R.: Study of the psychological effects of ethosuccimide on ٢٥ children suffering from petit mal epilepsy. Epilepsia, ٨, ١٢٩-١٤١, ١٩٦٧.

Hartlage, L.C., & Green, J.B.: The relation of parental attitudes to academic and social achievement in epileptic children. Epilepsia, ١٣, ٢١-٢٦, ١٩٧٢.

Hill, D., Pond, D., Symonds, C.: The schizophrenia-like psychosis of epilepsy. Proc Roy Soc Med ٥٥:٣١١, ١٩٦٢.

Hoare, P.: Psychiatric disturbance in the families of epileptic children. Dev Med Child Neurol, ٢٦:١٤-١٩, ١٩٨٤b.

Hoare, P.: Psychiatric Disturbance in the Families of Epileptic Children. Dev. Med. Child Neurol., ٢٨:١٤-١٩, ١٩٨٤.

Hoare, P.: The development of psychiatric disorder among school children with epilepsy. Dev Med Child Neurol, ٢٦:٣-١٣, ١٩٨٤a.

Holdsworth, L. & Whitmore, K.: A study of children with epilepsy attending ordinary schools. Developmental Medicine and Child Neurology, ١٦, ٧٤٦-٧٥٨, ١٩٧٤.

Holdsworth, L., and Whitmore, K.: A Study of Children With Epilepsy Attending Ordinary Schools, I: their seizure patterns, progress and behavior in school. Dev. Med. Child Neurol., ٢١:٣٣٣-٣٤٢, ١٩٧٤.

Huf, R., Schain, R.J.: Long-term experience with Carbamazpine in children with seizures. J Peds, ٩٧:٣١٠-٣١٢, ١٩٨٠.

Lennox, W.G.: Epilepsy and related disorders. London: J & A Churchill, ١٩٦٠.

Lindsay, J. Ounsted, C., & Richards, P.: Long-term outcome in children with temporal lobe seizures: III. Psychiatric aspects in childhood and adult life, Developmental Medicine and Child Neurology, ٢١, ٦٣١-٦٣٦, ١٩٧٩.

Lindsay, J., Ounsted, C., Ritchards, P.: Long-term outcome in children with temporal lobe seizures. I. Social outcome and childhood factors. Dev Med and Child Neurol, ٢١:٢٨٥-٢٩٨, ١٩٧٩.

Lindsay, J.: The difficult epileptic child. British Medical Journal, ٣, ٢٨٣-٢٨٥, ١٩٧٢.

Long, C.G., & Moore, J.R.: Parental expectations of their epileptic children. Journal of Child Psychology and Psychiatric, ٢٠, ٢٩٩-٣١٢, ١٩٦٩.

Matthews, W.S., and Barabas, G.: Suicide and Epilepsy: A review of the literature. Psychosomatics, ٢٢:٥١٥-٥٢٤, ١٩٨١.

Morsell, P.L., Pippenger, C.E., Penry, J.F.: Anti-epileptic Drug Therapy in Pediatrics, ed. Raven Press: New York, ١٩٨٣.

Mulder, H.C., & Sourmeijer, P.B.M.: Families with a child with epilepsy. A sociological contribution. Journal of Biosocial Science, ٩, ١٣-٢٤, ١٩٧٧.

References

Ounsted, C., and Lindsay, J.: The Long-Term Outcome of Temporal Lobe Epilepsy in Childhood. In Reynolds, H.E., and Trimble, M.P. (eds.): Epilepsy and Psychiatry. Edinburgh, Churchill Livingston, pp ١٨٥-٢١٥, ١٩٨١.

Ounsted, c., Lindsay, J., and Norman, R.: Biological Factors in Temporal Lobe Epilepsy. Clin. Dev. Med., ٢٢, ١٩٦٦.

Ounsted, C., Lindsay, J., Norman, R.: Biological factors in Temporal Lobe Epilepsy. Clinics in Developmental Med, No. ٢٢, London: Heinemann Medical, ١٩٦٦.

Ounsted, C.: The Hyperkinetic Syndrome in Epileptic Children. Lancet, ٢:٣٠٣-٣١١, ١٩٥٥.

Patel, H., Crighton, J.V.: The neurological hazards of Dilantin in childhood. J. Peds ٧٣:٦٧٦-٦٨٤, ١٩٦٨.

Petti, T.A., and Campbell, M.: Imipramine and Seizures. Am.J. Psychiatry, ١٣٢:٥٣٨-٥٤٠, ١٩٧٥.

Pippenger, C.E.: An Overview of Anti-Epileptic Drug Interactions, Epilepsia ٢٣, Suppl. ١, ٥٨١-٥٨٦, ١٩٨٢.

Pritchard, P.B., Lombroso, C.T., mclntyre, M.: Psychological complications of Temporal Lobe Epilepsy. Neurol, ٣٠:٢٢٧-٢٣٢, ١٩٨٠.

Reeves, A.G., Plum, F.: Hyperphagia, rage, and dementia accompanying a ventromedical hypothalamic neoplasm. Arch Neurol ٢٠:٦١٦-٦٢٤, ١٩٦٩.

Reynolds, E.H., and Trimble, M.R.: Epilepsy and Psychiatry. Edinburgh, Churchill Livingston, ١٩٨١.

Reynolds, E.H.: Mental Effects of Antiepileptic Medication: A review. Epilepsia, ٢٤(Suppl. ٢):٥٨٥-٥٩٦, ١٩٨٣.

Reynolds, E.H.: Mental effects of anti-epileptics. Epilepsia, ٢٤ Suppl. ٢, ٥٨٥-٥٩٥, ١٩٨٣.

Ritvo, E., Arnitz, E.M., & Walter, R.D.: Correlations of psychiatric disorders and EEG findings: A double blind study of ١٨٤ hospitalized children. American Journal of Psychiatry, ١٢٦ ٩٨٨-٩٩٦, ١٩٧٠.

Rodin, E.A.: Aggression and Epilepsy. In Riley, T.L., and Ray, A. (eds.): Pseudoseizures. Baltimore, Williams and Wilkins, pp ١٨٥-٢١٢, ١٩٨٢.

Rosen, J.A.: Dilantin dementia. Transactions of the American Neurological Association, ٩٣, ٢٧٣-٢٧٧, ١٩٦٨.

Rutter, M., Graham, P., Yule, W.: A neuropsychiatric study in childhood. Clinics in Developmental Medicine, No. ٣٥/٣٦, London: Heinemann Medical, ١٩٧٠.

Rutter, M.: Brain damage syndromes in childhood: Concepts and findings. Journal of Child Psychology and Psychiatry, ١٨, ١-٢١, ١٩٧٧.

References

Sachdev, H.S., and Waxman, S.G.: Frequency of Hypergraphia in Temporal Lobe Epilepsy: An index of interictal behavior syndrome. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, ١٩٨٠.

Sackeim, H., Gur, R., and Saucy, M.: Emotions are Expressed More Intensely on the Left Side of the Face. Science, ٢٠٢:٤٣٤-٤٣٦, ١٩٧٨.

Schain, R.J., Ward, J.N., & Guthrie, D.: Carbamazepine as an anticonvulant in children. Neurology, ٢٧, ٤٧٦-٤٨٠, ١٩٧٧.

Schain, R.J., Ward, J.W., and Guthrie, D.: Carbamazepine as an Anticonvulsant in Children. Neurology, ٢٧:٤٧٦-٤٨٠, ١٩٦٢.

Schulman, J.L., Kaspar, J.C., and Throne, F.M.: Brain Damage and Behavior: A Clinical-Experi-mental Study. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, ١٩٦٥.

Scott, D.: Psychiatric aspects of Childhood and Adolescent Epilepsy. Practitioner ٢١٨:٤١٧-٤٢٣, ١٩٧٧.

Sensky, T., Wilson, A., Petty, R., et al.: The Interictal Personality Traits of Temporal Lobe Epileptics: Religious Belief and its Association With Reported Mystical Experiences. In Port, r., Mattson, R.H., Ward, A.A., et al. (eds.): Advances in Epileptology, XVth Epolepsy International Symposium. New York, Raven Press, pp ٥٤٥-٥٤٩, ١٩٨٤.

Shannon, S.D., Reynolds, E.H.: Reduction of polypharmacy for epilepsy. Br Med J, ٢:١٠٢٣-١٠٢٥, ١٩٧٩.

Shukla, G.D., Srivastava, O.N., and Katiyan, B.C.: Sexual Disturbances in Temporal Lobe Epilepsy. Br. J. Psychiatry, ١٣٤:٢٨٨-٢٩٢, ١٩٧٩.

Silverstein, F.S., Parrish, M.A., Johnston, M.V.: Adverse behavioral reactions in children treated with Carbamazepine. J Peds ١٠١:٧٨٥-٧٨٧, ١٩٨٢.

Slater, E., Beard, A.W.: The schizophrenia-like psychoses of epilepsy: I. Psychiatric aspects. Br J Psychiatry ١٠٩:٩٥-١١٢, ١٩٦٣.

Slater, E., Beard, A.W.: The Schizophrenia-like psychosis of epilepsy. Br J Psych, ١٠٩:٩٥-١٠٠, ١٩٦٣.

Stern, D.B.: Psychogenic Somatic Symptoms on the Left Side: Review and Interpretation. In Myslobodsky, M.S. (ed.): Hemisyndromes: Psychobiology, Neurology, Psychiatry. New York, Academic Press, pp ٤١٥-٤٤٥, ١٩٨٣.

Stevens, J.R.: Interictal clinical manifestations of complex partial seizures. In J.K. Penry, & D.D. Daley (Eds.), Advances in neurology (Vol. ١١), New York: Raven Press, ١٩٧٥.

Stevens, J.R.: Risk Factors for Psychopathology in Individuals With Epilepsy. Adv. Biol. Psychiatry, ٨:٥٦-٨٠, ١٩٨٢.

References

Stores, G., & Hart, J.A.: Reading skills in children with generalised or focal epilepsy attending ordinary school. Developmental Medicine and Child Neurology, ١٨, ٧٠٥-٧١٦, ١٩٧٦.

Stores, G.: Behavior disturbance and type of epilepsy in children attending ordinary schools. In J.K. Penry (Ed.), Epilepsy: Proceedings of the VIII International Sumposium. New York: Raven Press, ١٩٧٧.

Stores, G.: Children With Epilepsy: Psychosocial Aspects. In Hermann, B.P. (ed.): A Multidiscipli-nary Handbook of Epilepsy. Springfield, Illinois, Charles C Thomas, pp ٢٢٤-٢٤٢, ١٩٨٠.

Stores, G.: School Children With Epilepsy at Risk for Learning and Behavior Problems. Dev. Med. Child Neurol., ٢٠:٥٠٢-٥٠٨, ١٩٧٨.

Stoves, G., Hart, J.: Reading skills of children with generalized or focal epilepsy. Dev Med Child Neurol ١٨:٧٠٥-٧١٦, ١٩٧٦.

Taylor, D.C.: Aggression and Epilepsy. J. Psychosom. Responsible., ١٣:٢٢٩-٢٣٦, ١٩٦٩.

Taylor, D.C.: Factors Influencing the Occurrence of Schizophrenia-Like Psychosis in Patients With Temporal Lobe Epilepsy. Psychol. Med., ٥:٢٤٩-٢٥٤, ١٩٧٥.

The Medical Letter: Drugs That Cause Psychiatric Symptoms. Med. Let. ٢٦:٧٥-٧٨, ١٩٨٤.

Thorley, G.: Childhood Hyperactivity and Food Additives. Development. Med. Child Neurol., ٢٥:٥٣١-٥٣٤, ١٩٨٣.

Tizard, B.: The Personality of Epileptics: A discussion of the evidence. Psychol. Bull., ٥٩: ١٩٦-٢١٠, ١٩٦٢.

Toone, B.: Psychoses of Epilepsy. In Reynolds, E.H., and Trimble, M.R. (eds.): Epilepsy and Psychiatry. Edinburgh, Churchill Livingston, pp ١١٣-١٣٧, ١٩٨١.

Trimble, M.R., & Corbett, J.A.: Anticonvulsant drugs and cognitive function. In J.A. Wada & J.K. Penry (Eds.), Advances in epileptology: The X International Symposium. New York: Raven Press, ١٩٨٠ (b).

Trimble, M.R., & Corbett, J.A.: Behavioural and cognitive disturbances in epileptic children. Irish Medical Journal, ٧٣, ٢١-٢٨. ١٩٨٠ (a).

Trimble, M.R.: Anticonvulsant drugs, behavior and cognitive abilities. Develop in Psycho
-pharmacology, eds. Essman, W.B. Valzelli, L., Vol ٦, ٦٥-٩١, Spectrum Publications: New York, ١٩٨١.

Trimble, M.R.: Personality Disturbances in Epilepsy. Neurology, ٣٣:١٣٣٢-١٣٣٤, ١٩٨٣.

Trimble, M.R.: Personality Disturbances in Epilepsy: Neurology, ١٣٣٢-١٣٣٤, ١٩٨٣.

References

Tucker, D.M.: Lateral Brain Function, Emotion, and conceptualization. Psychol. Bull., ٨٩:١٩-٤٦, ١٩٨١.

Verduyn, C.: Social factors contributing to poor emotional adjustment in children with epilepsy. In B.M. Kulig, M. Meinhardi, & G. Stores (Eds.), Epilepsy and behaviour. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, ١٩٨٠.

Walker, A.E., and Blumer, D.: Long-Terln Effects of Temporal Lobe Lesions on Sexual Behavior and Aggressivity. In Fields, W.S., and Sweet, W.H. (eds.): Neural Basis of Violence and Aggression. St. Louis, Warren H. Green, pp ٣٩٢-٤٠٠, ١٩٧٥.

Ward, F., Bower, B.D.: A study of certain social aspects of epilepsy in childhood. Developmental Medicine and Child Neurology, ٢٠(suppl. ٣٩), ١٩٧٨.

Waxman, S.G., and Geschwind, N.: The Interictal Behavior Syndrome of Temporal Lobe Epilepsy. Arch. Gen. Psychiatry, ٣٢:١٥٨٠-١٥٨٦, ١٩٧٥.

Waxman, S.G., Geschwind, N.: Hypergraphia in temporal lobe epilepsy. Neurology ٢٤:٦٢٩-٦٣٧, ١٩٧٤.

Waxman, S.G., Geschwind, N.: The interictal syndrome of Temporal Lobe Epilepsy. Arch Gen Psych, ٣٢:١٥٨-١٥٨٦, ١٩٧٥.

Wexler, P.E.: Cerebral Laterality and Psychiatry: A review of the Literature. Am. J. Psychiatry, ١٣٧:٢٧٩-٢٩١, ١٩٨٠.

Whitman, S., Herman, B.P., and Gordon, A.: Psychopathology in Epilepsy: How great is the risk? Biol. Psychiatry, ١٩:٢١٣-٢٣٦, ١٩٨٤.

Whitman, S., Hermann, B.P., Black, R.B., et al.: Psychopathology and Seizure Type in Children With Epilepsy. Psychol. Med., ١٢:٨٤٣-٨٥٣, ١٩٨٢.

Williams, D.: Man's Temporal Lobe. Proc. R. Soc. Med., ٦١:٣٥٥-٣٥٦, ١٩٦٨.

Wolf, S.M., & Forsythe, A.: Behavior disturbance, phenobarbital, and febrile seizures. Pediatrics, ٦١, ٧٢٨-٧٣٠, ١٩٧٨.

Yule, W.: Educational achievement. In B.M. Kulig, M. Meinhardi, & G. Stores (Eds.), Epilepsy and behaviour. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger, ١٩٨٠.

الفصل ٢٧ الأعراض النفسية في الأمراض الجسدية المزمنة عند الأطفال

أ- ردة فعل الطفل تجاه الأمراض المزمنة:

إن الطفل الذي يعاني مرضاً جسدياً مزمناً يواجه احتمال ظهور مشاكل نفسية بسبب مرضه. قد يغضب من أهله وأطبائه لعدم قدرتهم على شفاء مرضه. وقد تؤثر الإجراءات العلاجية المزعجة والقيود الغذائية والنشاطية على حياته فتشعره بالمرارة والتراجع. إن المرض الجسدي المزمن قد يسبب تراجعاً في الأداء المدرسي أو تجنباً للمدرسة، وهذا قد يزيد من وحدة الطفل وشعوره بالاختلاف عن غيره من الأولاد.

ردات فعل أخرى من أطفال مصابين بأمراض مزمنة تتضمن غضباً تجاه اتكاليتهم المتزايدة على الغير والقيود التي تتحكم بهم. فالطفل الطبيعي يسعى للسيطرة على جسمه، أما الطفل ذات المرض المزمن يبقى حائراً تجاه خسارة هذه السيطرة وتواجهه تعقيدات أخرى كالإحباط والتقهقر النفسي والتصرفات السلوكية الشاذة، والانزواء. إضافة إلى ذلك يتوجب على هذا الطفل ان يتعامل مع فقدان صحته وفقدان الأسلوب الطبيعي في الحياة وضبابية مستقبله. إن معنى المرض يعتمد عموماً على مرحلة نمو الطفل، قدرته على الاحتمال، ودرجة الدعم التي يملكها.

إن حوالي الثلث من الأطفال ذوي الأمراض المزمنة لا يذعنون للعلاج الطبي، وخصوصاً من المراهقين، فإجراءات العلاج قد تسبب الألم والقلق الشديد. والقلق

Conditioned anxiety الناتج عن الإجراءات المتكررة قد يتطور ويعمم على الأحداث والأشياء المرتبطة بهذه الإجراءات. فدخول المستشفى يتضمن الانفصال عن الاصدقاء وخصوصاً الأهل.قد يظهر الطفل اعتراضاً ويأساً وتباعداً عن الأهل والأقارب وغيره من أطفال سنه. إضافة إلى تغير سلوكي يرافق دخول المستشفى بسبب الانزعاج الجسدي والألم المتزايد.

تزيد الأعباء عند الأطفال ذوي الإعاقات الجسدية ويصبح الجزء المصاب من جسدهم هو الأكثر أهمية بالنسبة لهم. وهذا الوضع يؤثر على تقدير الذات حيث أن الطفل يضطر للعيش ضمن إعاقات نفسية وجسدية واجتماعية. ويزيد الضغط على الطفل وعائلته خلال المراحل الانتقالية مثل دخول المدرسة أو تغييرها، أو مرحلة البلوغ أو الانتقال إلى سنّ الرشد. هناك عوامل عديدة تؤثر في ردة فعل الطفل ذات المرض المزمن ندرجها في الجدول رقم (١):

جدول رقم ١ العوامل المؤثرة في ردة فعل الطفل ذات المرض المزمن

١- درجة القيود الجسدية على الحركة.
٢- درجة الخلل الحسي العصبي.
٣- درجة الألم.
٤- وجود أو غياب التشوهات خصوصاً عند المراهقين.
٥- الحاجة لعمليات جراحية.
٦- استخدام أنظمة دوائية وغذائية.

تتمة جدول رقم ١ العوامل المؤثرة في ردة فعل الطفل ذات المرض المزمن

٧- ***مقومات الشخصية قبل بدء المرض.***
٨- السن ومرحلة النمو عند الطفل.
٩- الدخول المتكرر إلى المستشفيات.
١٠- ***وجود أمراض في الجهاز العصبي المركزي وتأثيرها على مستوى الإدراك***

ب ـ ردة فعل العائلة على المرض المزمن عند الطفل:

عند تشخيص مرض جسدي مزمن عند الطفل قد لا يصدق الأهل هذا الأمر ويصابون بالإحباط والغضب والعدائية والشعور بالذنب وغير ذلك من أعراض التلوم. إذا استمرت هذه المشاعر قد يصبح الأهل ذات وقائية زائدة وانهماك زائد بالطفل. وقد يتباعد بعض الأهل عاطفياً، وهذا إذا حدث قد يكون ذات تأثير سلبي على نمو الطفل.

قد تزيد مشاكل الأبوين في التعامل مع بعضهم والتعامل مع باقي أفـــراد العائلـــة والأصدقاء والفريق الطبي، بسبب توقعاتهم السابقة بالحصول على "الطفل الكامل". هنا يتقهقر الأهل نفسياً ويعانون نقص الثقـــة بـــالآخرين وربمـــا يعـــانون مـــن اضطرابات الإحباط والقلق الشديد. التواصل الكلامـــي **Communications** فـــي العائلة يصبح تواصلاً مرتبطاً بالمرض، ويصبح الطفل المريض نقطة الارتكـــاز **Focus** في العائلة. فإذا لم يكن هذا الأمر مؤقتاً قد يعني أن عوامل أخـــرى فـــي الجهاز العائلي، مثل الربح النفسي **Secondary Gain** الثانوي، تساعد في تـــأخير آليات النمو الجيدة والطبيعية. إضافة إلى ذلك قد يتعرض الزواج للضغوط الهائلـــة فمعنى المرض يختلف عند كل من الأبوين وكذلك أسلوب التعامل. هـــذا بـــدوره يسبب مشاكل إضافية في التفاهم، ونقصاً في الدعم المتبادل. ***من المؤلم جداً لبعض الأهل العيش مع طفل يراقبونه يعاني دون قدرة على منع معاناته، وعند***

ذهاب الأهل إلى العمل أو اضطرارهم لترك الطفل يشعرون بالذنب والغضب والقلق المتزايد.

عند إلزام طفل ذات مرض مزمن بقوانين معينة للسلوك، قد يجد الأهل صعوبة في مواجهة الطفل المصاب. وبدلاً عن ذلك يصبحون اكثر وقائية للطفل فينقصون قدرته على الاندماج الاجتماعي ويتركون عنده عوارض من قلق الانفصال عند دخول المستشفى أو المدرسة. العوامل المؤثرة في ردة فعل العائلة تجاه طفل يعاني مرضا مزمنا ندرجها في ***الجدول رقم*** (٢):

الجدول رقم ٢ العوامل المؤثرة في ردة فعل العائلة تجاه طفل ذات مرض مزمن

١- درجة الصعوبات الاقتصادية.
٢- قدرات العائلة على حلّ المشاكل قبل بدء المرض.
٣- وجود أو غياب مشاكل زوجية قبل المرض.
٤- مدى شدّة الحالة المرضية للطفل.
٥- درجة تأثير المرض على الاخوة والأخوات.
٦- الامان الديني عند العائلة.

أشقاء الطفل ذات المرض المزمن قد يضطرون للتعامل مع اهتمام اقل من الأهل، مع الغيرة، والإحساس بالعزلة. إن غربتهم العاطفية المتزايدة عن العائلة تضعهم بمواجهة خطر الإصابة بمشاكل نفسية متعددة كالغضب والعدائية

وتراجع الأداء المدرسي والإصابة بأمراض نفسية. وتتأثر ردات فعل الأشقاء بعوامل متعددة يتضمنها الجدول رقم (٣):

جدول رقم (٣) العوامل المؤثرة في ردّات فعل الاشقاء

١- درجة انهماك الأهل بالطفل المصاب.
٢- درجة التعبير عن المشاعر بين أفراد العائلة.
٣- درجة المساعدة من الأهل والمحيطين.
٤- كمية الوقت التي يصرفها الأهل مع الطفل المصاب.

على الطبيب أن يتفهم إمكانية تزايد الصعوبات عند الأهل في استيعاب كل المعلومات الطبية التي يحتاجها علاج طفلهم من أدوية وإجراءات وعلاجات وأطباء ومستشفيات ومؤسسات. من جهة أخرى على الأهل اكتساب مهارات خاصة لمساعدة الطفل والتحدث معه. ويجب عليهم أن يتمكنوا من السماح للطفل بالتعبير عن شجونه واحزانه. تطبيق قواعد السلوك مع الطفل، يجب أن يكون Consistent مع الوقت دون تناقضات ويركز على تصميم تصرفات معينة مع التثقيف ودون العقاب. فإذا لم تكن الآليات العائلية الذاتية كافية هناك خدمات متنوعة قد يحتاجها الطفل مثل العلاج الجماعي، علاج نفسي فردي، وعلاج عائلي مع مجموعة من العائلات أطفالهم يعانون من نفس المشكلة فردي أو جماعي أو العلاج مع مجموعة من الأطفال مصابين بنفس المرض.

References

Apley, J., & Naish, N.: Recurrent abdominal pains: A field survey of ١,٠٠٠ school children. Arch. Discipline. Child., ٣٣:١٦٥-١٧٠, ١٩٥٨.

Astrada, C.A., Licamele, W.L., Walsh, T.L., & Kessler, E.S.: Recurrent abdominal pain in children and associated DSM-III diagnoses. Amer. J. Psychiat. ١٣٨:٦٨٧-٦٨٨, ١٩٨١.

Binger, C.M.: Childhood Leukemia: Emotional Impact on Siblings. In Anthony, E.J., and Koupernik, C.(eds.): The Child in His Family, Vol.٢: The Impact of Disease and Death. New York, John Wiley and Sons, pp ١٩٥-٢٠٩, ١٩٧٣.

Bowlby, J.: Attachment and Loss, Vol.٢: Separation: Anxiety and Anger. New York, Basic Books, pp ٣-٢٤, ١٩٧٣.

Burton, L.: Care of the Child Facing Death. London, Routledge and Kegan Paul, ١٩٧٤.

Burton, L.: The Family Coping With a Heavy Treatment Regime: Care of the Child Facing Death. London, Routledge and Kegan Paul, pp ٧٤-٨٤, ١٩٨٤.

Cain, A.C., Fast, I., and Erickson, M.E.: Children's Distributed Reactions to the Death of a Sibling. Am. J. Orthopsychiatry, ٣٤:٧٤١-٧٥٢, ١٩٦٤.

Christensen, M.F., & Mortensen, O.: Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. Arch. Dis. Child. ٥٠:١١٠-١١٤, ١٩٧٥.

Coddington, R.D.: The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children-II. A study of a normal population. J. Psychsom Responsible. ١٦:٢٠٥-٢١٣, ١٩٧٢.

Crossley, R.B.: Hospital admissions for abdominal pain in childhood. J. Roy. Soc. Med. ٧٥:٧٧٢-٧٧٦, ١٩٨٢.

De-Nour,, A.K.: Adolescent's Adjustment to Chronic Hemodialysis. Am. J. Psychiatry, ١٣٦:١٩٧٩.

Faull, C., & Nicol, A.R.: Abdominal pain in six-year-olds: An epidemiologic study in a new town. J. Child. Psychol. Psychiat. ٢٧:٢٥١-٢٦٠, ١٩٨٦.

Geist, R.A.: Onset of Chronic Illness in Children and Adolescents: Psychotherapeutic and Consultative Intervention. Am. J. Orthopsychiatry, ٤٩:٤-٢٣, ١٩٧٩.

Gluck, M.R.: Psychological Intervention With Preschool Age Plastic Surgery Patients and Their Families. J. Pediatr. Psychol., ٢:٢٣-٢٥, ١٩٧٧.

Hall, C.W.R.: Psychiatric Presentations of Medical Illness. New York, SP Medical and Scientific books, ١٩٨٠.

Kalnins, I.V., et al.: Concurrent Stresses in Families with a Leukemic Child. J. Pediatr. Psychol., ٥:١٩٨٠.

References

Kavanaugh, J. G., Jr. And Mattson, A.: ch ١٧. Psychophysiologic Disorders. In J.D. Noshpits (Ed.) Basic handbook of Child Psychiatry. New York: Basic Books, Inc. PP. ٣٥٢-٣٨٠, ١٩٧٩.

Kellner, R.: Psychotherapy in Psychosomatic Disorders; A Survey of Controlled Studies. Archives of General Psychiatry. ٣٢. PP. ١٠٢١-١٠٢٨, ١٩٧٥.

Khan, A.U.: Coping With Chronic Illness. Facing a Dying Child and His Family. In Psychiatric Emergencies in Pediatrics. Chicago, Year Book Medical Publishers Lts., ١٩٧٩.

Lansky, S.B., et al.: Childhood Cancer: Nonmedical costs of the illness. Cancer, ٤٣:٤٠٣-٤٠٨, ١٩٧٩.

Lavigne, J.V., and Ryan, M.: Psychological Adjustment of Siblings of Children with Chronic Illness. Pediatrics. ٦٣:١٩٧٩.

Lefebvre, A., and Munro, I.: The Role of Psychiatry in a Craniofacial Team: Plastic and Reconstructive Surgery. ٦١:٥٦٤-٥٦٩, ١٩٧٨.

Maddison, D., and Raphael, B.: Social and Psychological Consequences of Chronic Disease in Child-hood. Med. J. Aust., ٢:٢٦٥-١٢٧٠, ١٩٧١.

Mannino, F.V., and Shore, M.F.: Family Structure, Afercare and Post-Hospital Adjustment. Am. J. Orthopsychiatry, ٤٤:٧٧-٨٥, ١٩٧٤.

Mattson, A. and Kim, S.P.: Psychological Factors Affecting Physical Conditions (Psychosomatic Disorders). In Kaplan, H.I. and Sadock, B.J., (Eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry Vol. II. Williams and Wilkins. Baltimore. PP. ١٧٣٦-١٧٤١, ١٩٨٥.

McKey, R.M., Jr.: coping With a Family-Shattering Disease. In Patterson, P.R., Denning, C.R., and Kutscher, A.H. (eds.): Psychosocial Aspects of Cystic Fibrosis. New York; Columbia University Press, pp ٩٣-٩٤, ١٩٧٣.

Minde, K.K.: Coping Styles of ٣٤ adolescents With Cerebral Palsy. Am. J. Psychiatry, ١٣٥:١٣٤٤-١٣٤٩, ١٩٧٨.

Minuchin, S., Baker L., Rosman B.L., Liebman, R., Milman, L., and Todd, T.C.: A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children: Family Organization and Family Therapy. Archives of General Psychiatry. V ٣٢. PP. ١٠٣١-١٠٣٨, ١٩٧٥.

Minuchin, S., et al.: Psychosomatic Families. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, ١٩٧٨.

Mostofsky, D.L., and Balaschak, B.A.: Psychobiological Control of Seizures. Psychol. Bull., ٨٤:٧٢٣-٧٥٠, ١٩٧٧.

Nover, R.A.: Pain and the Burned Child. J. Am. Acad. Child Psychiatry, ١٢:٤٩٩-٥٠٥, ١٩٧٣.

References

Orr, D.P., Weller, S.C., Satterwhite, B., et al.: Psychosocial Implications of Chronic Illness in Adole-scence. J. Pediatr., ١٠٤:١٥٢-١٥٧, ١٩٨٤.

Patterson, P.R., Denning, C.R., and Kutscher, A.H.: Psychosocial Aspects of Cystic Fibrosis. New York, Columbia University Press, ١٩٧٣.

Perrin, E.C., and Gerrity, P.S.: Development of Children with a Chronic Illness. Pediatr. Clin. North Am., ٣١:١٩-٣١, ١٩٨٤.

Pless, I.B., and Pinkerton, P.: Chronic Childhood Disorder: Promoting Patterns of Adjustment. London, Henry Kimpton Publishers, pp ٨٨, ١٩٧٥.

Pless, I.B.: Clinical Assessment: Physical and Psychological Functioning. Pediatr. Clin. North Am., ٣١:٣٣-٤٥, ١٩٨٤.

Raimbult, G.: Psychological Problems in the Chronic nephropathies of Childhood. In Anthony, E.J., and Koupernik, C. (eds.): The Child in his Family, Vol. ٢: The Impact of Disease and Death. London, John Wiley and Sons, ١٩٧٣.*Rutter, M.*: Psychological Development Predictions From Infancy. J. Child Psychol. Psychiatry, ٢:٤٩-٦٢, ١٩٧٠.

Seidel, U.P., Chadwick, O., and Rutter, M.: Psychological Disorders in Crippled Children: A Com-parative Study of children with and without brain damage. Dev Med. Child Neurol., ١٧:٥٦٣-٥٧٣, ١٩٧٥.

Sell, S.H.W., Webb, W.W., Pate, J.E., et al.: Psychological Sequelae to Bacterial Meningitis: Two controlstudies. Pediatrics, ٤٩:٢١٢-٢١٧, ١٩٧٢.

Sells, C.J., Carpenter, R.L., and Ray, C.G.: Sequelae of Central Nervous System Enterovirus Infections. N. Engl. J. Med. ٢٩٣:١-٤, ١٩٧٥.

Shaffer, D., Chadwick, O., and Rutter, M.: Psychiatric Outcome of Localized Head Injury in Children. In Porter, R., and Fitzsimons, D.W. (eds.): Outcome of Severe Damage Elsevier-Excerpta Medica North Holland, pp ١٩١-٢١٤, ١٩٧٥.

Shaffer, D., McNamara, N., and Pincus, J.H.: Controlled Observations on Patterns of Activity, Attention, and Impulsivity in Brain Damaged and Psychiatrically Disturbed Boys. Psychol. Med., ٤:٤-١٨, ١٩٧٤.

Stein, R.E., and Jessop, D.J.: Relationship Between Health Status and Psychological Adjustment Among Children With Chronic Conditions. Pediatrics, ٧٣:١٦٩-١٧٤, ١٩٨٤.

Travis, G.: Chronic Illness in Children: Its Impact on Child and Family. Stanford, California, Stanford University Press, ١٩٧٦..

Vance, J.C., et al.: Effects of Nephrotic Syndrome on the Family: A Controlled Study Pediatrics, ٦٥:١٩٨٠.

يتعرض ملايين الأطفال في جميع أنحاء العالم لارتفاع نسبة الرصاص في الدم إلى حدّ التسمم. فالرصاص هو سمّ قوي يمكن أن يؤثر على البشر في أي سنّ كان، والتعرض له هو احد اكثر المسممات شيوعاً والتي يمكن منعها في مرحلة الطفولة. والأطفال هم الأكثر عرضة بشكل خاص لان الجهاز العصبي الذي يتنامى بسرعة عند الطفل هو ذات حساسية خاصة تجاه تأثير الرصاص.

أما المصادر العامة لهذا السمّ فهي مستهلكات السيارات والطلاء المحتوي على الرصاص ونسبة الرصاص الموجودة في الماء والتربة. فملايين المنازل مطلية بمادة أساسها الرصاص. التعرض لهذه المادة قد يكون له سلسلة واسعة من التأثيرات في نمو الطفل وتصرفاته.

فعند التعرض لكمية بسيطة تنمو لدى الطفل أعراض اضطراب النقص في التركيز وازدياد الحركة مع انفعالية شديدة وتشتت وسرعة التهيج. وقد أثّر التعرض للرصاص في البيئة على إدراك الطفل وقدراته العقلية كما اثر في أدائه المدرسي.

كذلك يؤخر ارتفاع نسبة الرصاص في الدم نمو الطفل ويفقده حاسة السمع مع خلل دائم في الدماغ قد يسبّب التخّلف العقلي أو الموت. وتشير الدراسات الحديثة أن الرصاص يؤثر في نشاط أنزيم الدماغ أدينيل سيكلايز Cerebellar adenyl-cyclase الضروري لنقل الرسائل العصبية، كما يؤثر في

انتقال الأوكسجين واستقلاب الخلايا. إن التعرض للرصاص في مرحلة الطفولة خطير حتى ولو بنسبة ضئيلة. فالأطفال ذات النسبة المرتفعة من الرصاص في الدم يعانون مشاكل سلوكية اكثر ونقصاً في الأداء الفكري والعصبي مقارنة مع أطفال ذات نسب ضئيلة جداً. وهؤلاء الأطفال الذين كانت لديهم مشاكل سلوكية لم تظهر عندهم أية أعراض للتسمم بالرصاص.

مشاكل أخرى يسببها ارتفاع نسبة الرصاص في الدم تتضمن مشاكل دراسية كعدم الانتباه، وعدم القدرة على القراءة أو إعاقة تعليمية في القراءة ونقص في الأداء المدرسي في المرحلة الثانوية واستيعاب اقل لمعاني الكلمات.

أظهرت الدراسات الحديثة أيضاً أن الأطفال ذات النسبة الأعلى من الرصاص في عاج الأسنان، يظهرون ذكاءً اقل Lower IQ من الأطفال ذات النسبة الأقل. كذلك سجلت زيادة في العدائية كمشكلة هامة تسببها النسب الضئيلة من هذا المعدن، فكلما زادت نسبة الرصاص في دم الطفل زادت عدائيته، ولكن حتى النسب الضئيلة جداً لم تصنّف بأنها غير مؤذية.

لذا فإن النسبة التي تتسبب بانحراف سلوكي وإدراكي ضئيلة نسبياً، مع كون اضطراب النقص في التركيز، وازدياد الحركة، المرض السلوكي والإدراكي الأكثر شيوعاً بين ما يسببه ارتفاع نسبة الرصاص.

إن التشخيص والعلاج المبكر للتسمم بالرصاص يخفف المجازفة بإصابة الطفل بخلل دائم. ويمكن التشخيص بسهولة عن طريق فحص الدم لان هذا يساعد في تقرير ما إذا كان جسم الطفل يحتوي أو لا يحتوي نسبة عالية من الرصاص في الدم. كذلك يجب على الأهل التأكد من خلو طلاء منازلهم من الرصاص وانخفاض نسبته في مياه الشفة.

أما العلاج فيبدأ بإبعاد الطفل عن مصادر الرصاص، والأدوية التي تزيل الرصاص من الجسم متوافرة ويجب أن تستعمل تحت الرقابة الطبية.

References

Bushnell, P.J., and Bowman, R.E.: Reversal learning .deficits in young monkeys exposed to lead. Pharmacol. Biochem. Behav., ١٠:٧٢٣-٧٤٢, ١٩٧٨.

Byers, R.K., and Lord, E.E.: Late effects of lead poisoning on mental development. Am. J. Discipline. Child., ٦٦:٤٧١-٤٩٤, ١٩٤٣.

David, O., Clark, J., and Voeller, K.: Lead and hyperactivity. Lancet, ٢:٩٠٠-٩٠٣, ١٩٧٢.

De la Burde, B., and Choate, M.S.: Early asymptomatic lead exposure and development at school age. J. Pediatr., ٨٧:٦٣٨-٦٤٢, ١٩٧٥.

G.O.B. Thomson, G.M. Raab, W.S. Hepburn, R. Hunter, M. Fulton, and D.P.H. Laxen: Blood-lead levels and children's behavior-results from the Edinburgh lead study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, ٣٠:٥١٥-٥٢٨ (July-August ١٩٨٩).

Herbert, L., Needleman, Alan Schell, David Bellinger, Allan Leviton, and Elizabeth N. Allred: The long-term effects of exposure to low doses of lead in childhood: an ١١-year follow-up report. New England Journal of Medicine, ٣٢٢:٨٣-٨٨ (January ١١, ١٩٩٠).

Nathanson, J., and Bloom, F.: Lead-induced inhibition of brain adenyl cyclase. Nature, ٢٥٥:٤١٩-٤٢٠, ١٩٧٥.

Needleman, H. L., and Bellinger, D.C.: The epidemiology of low level lead exposure in childhood. J.Am. Acad. Child Psychiatry, ٢٠:٤٩٦-٥١٢, ١٩٨١.

Needleman, H.L., Bunnoe, C., Leviton, A., et al.: Deficits in psychologic and classroom performance of children with elevated dentine lead levels. N. Engl. J. Med., ٣٠٠:٦٨٩-٦٩٥, ١٩٧٩.

Nichols, P. L., and Chen, T. C.: Minimal Brain Dysfunction: A Prospective Study. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum, ١٩٨١.

Rutter, M.: Raised lead levels and impaired cognitive behavioural functioning: A review of the evidence. De. Med. Child. Neurol., ٢٢(Suppl. ٤٢), ١٩٨٠.

Silbergeld, E., and Goldberg, A.: Hyperactivity: A lead-induced disorder. Environ. Health Perspect., ٧:٢٢٧-٢٣٢, ١٩٧٤.

الفصل ٢٩ الأعراض النفسية عند الأطفال من ذوي الأهل المدمنين على الكحول

هناك ملايين الأطفال على اتساع العالم ذات أهل مدمنين على الكحول. وهذا الإدمان يمكن أن ينتقل وراثياً في العائلة، فأطفال المدمنين هم أكثر عرضة ٤ مرات من غيرهم من الأطفال ليصبحوا مدمنين. في الجدول رقم (١) لائحة مختصرة بألاعراض النفسية عند الأطفال ذات أهل مدمنين على الكحول:

جدول رقم (١) الأعراض النفسية عند الأطفال من ذوي أهل مدمنين على الكحول

١- ***القلق*** – فالطفل قد يقلق باستمرار حول الوضع في المنزل ويخاف من أن المدمن من الأبوين سيصبح مريضاً أو مصاباً، وقد يخاف كذلك من العراك والعنف بين الأبوين.
٢- ***الإحباط*** – يشعر الطفل بأنه محبط، فاقد للأمل والمساعدة، ولديه إحساس شديد بالأذى.
٣- سؤ العلاقات مع الأتراب – يخيّب أمل الطفل مرات كثيرة المدمن من أبويه فينمو لديه فقدان الثقة بالآخرين.
٤- الشعور بالتناقض – المدمن من الأبوين قد يتغير فجأة من شخصٍ محب إلى شخصٍ غاضب وعنيف دون اخذ سلوك الطفل في الاعتبار، فيصبح الطفل غير متأكد ما هو الخطأ وما هو الصواب.
٥- الشعور بالذنب – قد يرى الطفل انه هو السبب الرئيسي في إدمان الأب أو الأم.

تتمة جدول رقم (١) **الأعراض النفسية عند الأطفال من ذوي أهل مدمنين على الكحول**

٦- ***الإحراج*** - قد يوحي الأهل بأن هناك سراً رهيباً في المنزل، فيخجل الطفل من دعوة الأصدقاء إليه ويخاف أن يطلب المساعدة من أي شخص كان.
٧- ***الغضب*** - يشعر الطفل بالغضب تجاه المدمن من أبويه لأنه يشرب وقد يشعر بالغضب تجاه غير المدمن لأنه لم يؤمّن المساعدة والوقاية المطلوبة.

يستخدم الطفل دفاعات متنوعة كالإنكار والكبت وتكوين ردات الفعل **Reaction formation** والتشتت **Displacement** كي يحاول إبقاء مشكلة الإدمان سرية، وقد يحسّس الأقارب أو المعلمون أو غيرهم من الراشدين بأن هناك خطباً ما. التصرفات التالية عند الطفل قد تشير إلى وجود مشكلة إدمان في المنزل وهي ملخصة في ***جدول*** رقم (٢):

جدول رقم (٢) **تصرفات الطفل التي تشير إلى وجود مشكلة إدمان في المنزل**

١- التراجع في الحضور والأداء المدرسي **Truancy**.
٢- الغضب في وجه الآخرين، السرقة.
٣- البهلوانية والتهريج، ازدياد الحركة، التشتت والانفعال الخارج عن السيطرة.
٤- الوحدة، عدم النضج.
٥- الانعزال والابتعاد عن الأصدقاء، التفمر في الأصدقاء.

تتمة جدول رقم (٢) تصرفات الطفل التي تشير إلى وجود مشكلة إدمان في المنزل

٦- شكاوى جسدية متكررة كألم الرأس أو المعدة.
٧- ***سؤ استخدام الأدوية أو الكحول.***

إن بعض أطفال المدمنين قد يتصرفون وكأنهم في قمة المسؤولية ضمن العائلة أو بين الأصدقاء، البطل. وقد يتعاملون مع إدمان الأهل بالجهد الدؤوب ليصبحوا ناجحين جداً، فهم يبحثون عمن يتقبلهم ويشعرون بالوحدة العاطفية والعزلة عن الأساتذة وعن غيرهم من الأطفال.وقد تظهر مشاكلهم إلى العلن فقط عندما يصبحون راشدين.

من الضروري أن يتلقى هؤلاء الأطفال المساعدة السيكولوجية وان يفهموا بأنهم ليسوا المسؤولين عن مشاكل الشرب والإدمان عند أهلهم.

References

Beardslee, W.R., Podorefsky, D.: Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Self-Understanding and Relationships. Am J Psychiatry ١٤٥:٦٣, ١٩٨٨.

Bird, H.R., Gould, M.S., Staghezza, B.M.: Patterns of Diagnostic Comorbidity in a Community Sample of Children Aged ٩ Through ١٦ Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٣٢:٣٦١, ١٩٩٣.

Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y., et al.: Evaluation of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents for Use in General Population Samples. J Abnorm Child Psychol ٢١:٦٦٣, ١٩٩٣b.

Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y.A., et al.: Predicting Substance Use in Early Adolescence Based on Parent and Teacher Assessments of Childhood Psychiatric Disorders: Results from the Ontario Child Health Study Follow-up. J Child Psychol Psychiatry ٣٤:١٨٩, ١٩٩٣a.

Brandenburg, H.A., Friedman, R.M., Silver, S.E.: The Epidemiology of Childhood Psychiatric Disorders: Prevalence findings from recent studies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٢٩:٧٦, ١٩٩٠.

Clark, J.P., Wenninger, E.P.: Socioeconomic Class and Area as Correlates of Illegal Behavior Among Juveniles. Am Soc Rev ٢٧:٨٢٦, ١٩٦٢.

Cohen, P., Brook, J.: Family Factors Related to the Persistence of Psychopathology in Childhood and Adolescence. Psychiatry ٥٠:٣٣٢, ١٩٨٧.

Conrad, M., Hammen, C.: Role of Maternal Depression in Perceptions of Child Maladjustment. J Consult Clin Psychol ٥٧:٦٦٣, ١٩٨٩.

Earls, F., Reich, W., Jung, K., et al.: Psychopathology in Children of Alcoholic and Antisocial Parents. Alcohol clin Experience Responsible ١٢:٤٨١, ١٩٨٨.

Earls, F.: Epidemiology and Child Psychiatry. Am J Orthopsychiatry, ٥٩:٢٧٩, ١٩٨٩.

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., et al.: The Emmanuel Miller Memorial Lecture. The theory and practice of resilience. J Child Psychol Psychiatry ٣٥:٢٣١, ١٩٩٤.

Jensen, P.S., Sulzberg, A.D., Richters, J.E., et al.: Scales, Diagnoses, and Child Psychopathology: I. CBCL and DISC relationships. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٣٢:٣٩٧, ١٩٩٣.

References

Offord, D.R.: Conduct Disorder: Risk factors and prevention. In: Shaffer D, Philips I, Enzer NB (eds): Prevention of mental disorders, alcohol and other drug use in children and adolescents. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, pp ٥٥-٦٨, ١٩٨٩.

Offord, D.R.: Prevention of Behavioral and Emotional Disorders in Children. J Child Psychol Psychiatry ٢٨:٩, ١٩٨٧.

Patterson, G.R.: Coercive Family Process. Eugene, Oregon, Castalia Publishing Company, ١٩٨٢.

Plomin, R.: Childhood Temperament. Ad Clin Child Psychol ٦:٤٥, ١٩٩٣.

Prior, M.: Childhood Temperament. J Child Psychol Psychiatry ٣٣:٢٤٩, ١٩٩٢.

Rutter, M., Giller, H.: Juvenile Delinquency: Trends and perspectives. New York, Penguin Books, ١٩٨٣.

Rutter, M.: Isle of Wight Revisited: Twenty-Five Years of Child Psychiatric Epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ٢٨:٦٣٣, ١٩٨٩a.

Rutter, M.: Pathways From Childhood to Adult Life. J Child Psychol Psychiatry ٣٠:٢٣, ١٩٨٩b.

Shelly, F. Greenfield, Marvin, S. Swartz, L. Richard Landerman, and Linda, K. George: Long-term psychosocial effects of childhood exposure to parental problem drinking. American Journal of Psychiatry, ١٥٠:٦٠٨-٦١٣ (April ١٩٩٣).

الفهرس

Printing by SERVI PRESS TEL: (01) 346632



معلومات عن المؤلف

- الدكتور محمد خضر الحلبي، هو دكتور في الطب النفسي للأطفال والأولاد في بيروت. عضو في قسم الطب النفسي ومستشار في الطب النفسي والعصبي للأطفال وللأولاد في قسم طب الأطفال في مستشفى الجامعة الأميركية في بيروت.

- من سنة ١٩٨٨ - ١٩٩٤ كان مدير قسم الأطفال في مستشفى شارتر - شمال مقاطعة انديانا في الولايات المتحدة الأميركية.

- حصل على شهادة البكالوريوس بدرجة شرف من جامعة اوستن في تكساس.

- حصل على شهادة الماجستير في الكيمياء العضوية في علم الصيدلة من كلية الصيدلة، في جامعة نيويورك - بافلو في الولايات المتحدة الأميركية.

- حصل على شهادة الدكتوراه في الطب من كلية الطب في جامعة نيويورك - بافلو. الولايات المتحدة الأميركية.

- حصل على شهادة إختصاص في الأمراض الداخلية من مستشفى ميلارد فيلمور - بافلو في العام ١٩٨٤. ثم حصل على شهادة إختصاص في الطب النفسي والعصبي للبالغين في العام ١٩٨٦ من جامعة تكساس الطبية التكنولوجية.

- وفي العام ١٩٨٧ حصل على شهادة الطب النفسي والعصبي للأطفال والأولاد من جامعة نيومكسيكو والمستشفيات الطبية التابعة لها وحصل في العام ١٩٨٨ على شهادة إختصاص بدرجة شرف وتقدير في الطب النفسي والعصبي للأطفال والأولاد، من جامعة ڤاندربلت.

- ويتخذ الآن من بيروت منزلاً لإقامته مع زوجته وأولاده الأربعة. ويهتم إهتماماً بالغاً في تثقيف الآباء والأساتذة والأطباء في علم النفس للأطفال والمراهقين. وقد شارك في مئات المؤتمرات والمحاضرات والندوات عبر الولايات المتحدة الأميركية واوروبا ولبنان التي دارت حول مواضيع الطب النفسي والعصبي للأطفال والأولاد والمراهقين.